FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1907 — N. 369

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le lundi 15 juillet 1907, à 1 heure

Par **Emmanuel HERNETTE**
Ancien interne des hôpitaux
Médaille de bronze de l'Assistance Publique

SUR LES RÉSULTATS IMMÉDIATS ET ÉLOIGNÉS DE LA

CHOLÉCYSTOSTOMIE

ET DE LA

CHOLÉCYSTECTOMIE

Président : M. TERRIER, *professeur.*
Juges : MM. PINARD, *professeur.*
LEPAGE et GOSSET, *agrégés.*

PARIS
VIGOT FRÈRES, EDITEURS
23, PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23
1907

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie	N...
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Parasitologie. Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL. BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	N....
Opérations et appareils	SEGOND
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DEJERINE.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	HAYEM. DIEULAFOY. DEBOVE. LANDOUZY.
Maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	LE DENTU. TERRIER. BERGER. RECLUS.
Clinique opthalmologique	De LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN.
Clinique d'accouchements	N..... PINARD.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique	A. ROBIN.

Agrégés en exercice.

MM.			
AUVRAY	DUPRÉ	LEPAGE	RIEFFEL (chef des trav. anat).
BALTHAZARD	DUVAL	MACAIGNE	TEISSIER
BRANCA	FAURE	MAILLARD	THIROLOIX
BEZANÇON	GOSSET	MARION	VAQUEZ
BRINDEAU	GOUGET	MAUCLAIRE	WALLICH
BROCA (André)	JEANSELME	MERY	
CARNOT	LABBE	MORESTIN	
CLAUDE	LANGLOIS	POTOCKI	
CUNEO	LAUNOIS	PROUST	
DEMELIN	LEGRY	RENON	
DESGREZ	LEGUEU	RICHAUD	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR TERRIER

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

A MON MAITRE

LE DOCTEUR HENRI HARTMANN

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
CHIRURGIEN DE L'HOPITAL LARIBOISIÈRE

En faible témoignage de la profonde reconnaissance que je lui dois pour la grande bienveillance qu'il m'a témoignée.

MEIS ET AMICIS

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

MM. LES DOCTEURS : CHAUFFARD, GILBERT, HARTMANN, HUTINEL, LEJONNE, LAMY, LEGUEU, MAYGRIER, MICHON, MORESTIN, NETTER, J. RENAULT, RICHELOT, WIDAL.

A LA MÉMOIRE

DE M. LE Dr CHEVALIER ; DE M. LE Dr DUFLOCQ

AVANT-PROPOS

Depuis 1882, date où Langenbuck pratiqua le premier une cholécystectomie suivie de guérison, et 1885, où M. Félizet pratiqua en France la première cholécystostomie avec succès opératoire, les observations d'interventions semblables se sont multipliées ; en particulier, elles ont été vulgarisées par le Dr Terrier et ses élèves. En 1891, Calot réunissait 76 observations de cholécystectomies, tant françaises qu'étrangères. Depuis, les deux interventions ont été le sujet de communications, de thèses, et d'articles nombreux ; elles ont été, à plusieurs reprises et sont encore actuellement, l'objet de discussions à la Société de Chirurgie. Il nous aurait donc été très facile de recueillir un beaucoup plus grand nombre de cas de cholécystostomies, et de cholécystectomies pratiquées en France, et de nous inspirer de tous ceux, plus nombreux encore, qui sont cités dans les récents ouvrages de Kehr et de Mayo Robson. Mais leur multiplicité même aurait rendu infiniment plus difficile la tâche que nous nous proposons : retirer des renseignements aussi précis que possible des résultats de ces interventions, savoir ce que sont devenus les opérés, connaître le bénéfice qu'ils ont retiré de l'opération.

En effet, quand elles proviennent de chirurgiens différents, les observations ne sont plus comparables entre elles, et par conséquent, il est impossible ou presque, d'en tirer une exacte conclusion.

Aussi, avons-nous préféré suivre une autre méthode : prendre un nombre plus restreint d'observations, mais cependant assez élevé pour que leur étude puisse servir de base à des conclusions fermes, et laisser systématiquement de côté toute bibliographie.

Nous nous en sommes donc tenu aux cholécystectomies et cholécystostomies pratiquées de 1896 à 1907, par notre maître, M. Hartmann. Il a bien voulu nous confier ses observations, de ville et d'hôpital, et nous aider avec la plus grande bienveillance dans leur rédaction. Qu'il nous permette de l'en remercier vivement. Nous nous sommes efforcé de savoir ce qu'étaient devenus les opérés ; quelques-uns sont morts, d'autres n'ont pu être retrouvés ; mais nous avons pu en revoir le plus grand nombre, ou en avoir des nouvelles par leurs médecins. Dans notre idée, les conclusions que l'on peut tirer des résultats portant sur une période de plusieurs années après l'opération pourront donner quelque utilité à ce très modeste travail.

La plupart des observations que nous publions ici, sont inédites ; nous en avons emprunté quelques-unes à la thèse de M. Français (1). Une des opérées dont nous relatons l'observation a été réopérée par M. Michon, pour des accidents d'obstruction calculeuse du cholédoque quelques mois après avoir été opérée par

1. R. Français. *Étude clinique et traitement de la lithiase du cholédoque.* Paris, 1906.

M. Hartmann. De plus, nous publions un cas de cholécystectomie de M. Lecène.

Les observations de deux de nos opérées ont été rapportées à la Société d'Obstétrique et à la Société de Chirurgie.

Nous ne nous attarderons pas à traiter de l'historique de la cholécystostomie et de la cholécystectomie. Nous ne chercherons pas non plus à étudier la technique de ces deux opérations. Cette question nous entraînerait trop loin, et d'ailleurs elle a été mise au point depuis longtemps.

Dans presque toutes nos observations, nous avons décrit l'opération ; mieux que nous le pourrions faire, la lecture de tous les détails de l'intervention renseignera sur les procédés qu'un opérateur pourra adopter suivant les cas qui se présenteront à lui.

Nous avons rangé nos observations suivant l'ordre chronologique ; d'abord nous avons placé les cholécystotomies, les cholécystostomies et les cholécystectomies partielles, puis les cholécystectomies simples et les cholécystectomies et cholécystotomies avec intervention sur l'hépatique et le cholédoque.

Avec les cholécystotomies, nous avons rangé un cas de cystotomie isolée.

Nous avons éliminé les quelques observations que nous possédions de cholécystostomies ou de cholécystectomies pour cancer des voies biliaires ou de la tête du pancréas. Enfin nous ferons remarquer que bien souvent nous avons publié des cas de cholécystotomies : en effet, nous ne voyons aucune différence entre une cholécystotomie sans réfection des parois de la vésicule avec drainage large et une cholécystostomie, quand on

se borne à fixer au péritoine pariétal les lèvres de l'incision vésiculaire par quelques points.

Nous n'avons cependant aucun cas de cholécystotomie « idéale », à sutures perdues intrapéritonéales ou intrapariétales.

Presque toutes nos observations portent sur des faits de cholécystite calculeuse, infectée ou non. Nous avons relaté dans l'observation les résultats de l'analyse bactériologique, quand celui-ci a été pratiqué.

Quelques-uns des opérés dont nous relatons l'histoire pathologique n'ont pu être retrouvés ; pour quelques autres, encore en traitement, nous n'avons relevé que les résultats immédiats, puisque les résultats éloignés n'auraient pu porter que sur une période de quelques semaines.

Nous regrettons de n'avoir pu nous procurer les détails des suites opératoires immédiates de quelques-uns de nos malades.

Nous ferons remarquer en terminant, que la cysticotomie, isolée, a été extrêmement rarement pratiquée. J.-L. Faure, dans le *Traité de chirurgie de Le Dentu-Delbet*, n'en connaît pas de cas isolés. Kehr l'a pratiquée avec succès chez une femme qu'il laparotomisa cinq fois pour des accidents lithiasiques. Wiart n'en parle pas dans l'article « Chirurgie biliaire » de la *Pratique médico-chirurgicale*.

LES RÉSULTATS IMMÉDIATS

Les résultats immédiats de nos 71 observations sont supérieurs à ceux que publient Calot, qui attribue à la seule cholécystectomie une mortalité de 19 0/0, et Milhet dans sa thèse de 1902, dont les 112 observations de cholécystectomie ont donné 14 décès. Ceci ne doit nullement surprendre, puisque tous les cas que nous avons eus à étudier sont relativement récents, le plus ancien datant de 1896.

Sur 38 cholécytostomies et 1 cysticotomie, nous n'avons à enregistrer aucun décès immédiat ; sur 12 cholécystectomies totales, nous n'avons qu'un seul décès. Enfin dans les 16 cas de cholécystostomies ou cholécystectomies avec intervention sur l'hépatique ou le cholédoque, nous avons 2 décès sur 16 opérés. En tout, 3 morts sur 66 opérés, soit environ 4, 5 0/0.

Examinons maintenant les causes de la mort.

Une seule des cholécystectomies a succombé ; (observation 8 des cholécystectomies.) Dans ce cas, il s'agissait d'une vieille femme, malade depuis des années. Elle a succombé trois jours après l'opération, et son autopsie a pu être pratiquée. On a alors constaté que la mort était due à une dilatation aigüe de l'estomac. La femme avait d'ailleurs d'autres lésions viscérales antérieures à l'opération : un petit anévrysme de l'aorte, de l'athérome

de ce vaisseau et de l'œdème pulmonaire. L'analyse des urines n'avait sans doute rien fait constater d'anormal puisqu'il n'existait dans l'observation aucun bulletin d'analyse. Dans ce cas, l'accident mortel aurait pu être évité : si le pansement avait été défait, on aurait constaté ce dont il s'agissait, et pratiqué quelques lavages d'estomac qui sans nul doute eussent sauvé la femme. Malheureusement, on n'a pas songé à la possibilité de la dilatation aiguë gastrique, d'abord parce que c'est un accident rare, et puis, rien ne pouvait indiquer qu'il fallait défaire le pansement: l'opérée s'éteignait doucement, sans douleurs, sans fièvre, sans vomissements ; on a pu croire qu'il s'agissait de schock opératoire.

Deux opérés de cholécystectomie avec intervention sur le cholédoque ou l'hépatique ont succombé.

Dans les cas où l'on est obligé d'intervenir et sur la vésicule et sur les autres voies biliaires, il n'est pas étonnant que la léthalité devienne plus forte. Ce n'est pas tant l'opération elle-même qui en est la cause. La cholécystectomie, la cholédochotomie, l'incision de l'hépatique sont des interventions aujourd'hui bien réglées et qui peuvent être facilitées encore par divers procédés opératoires, et la position que l'on donne au malade. L'hyperextension du tronc réalisée grâce au coussin de Mayo Robson, ou l'inclinaison de la table d'opérations ont permis, après incision de la paroi, de débarrasser le champ opératoire de la masse intestinale d'un côté, et de l'autre de soulever, de projeter en haut la face inférieure du foie.

Dans nos deux cholécystectomies avec cholidochotomie suivies de mort, cette position n'avait pas été réalisée.

Ce qui est cause en réalité de la gravité de l'opération, c'est l'état antérieur du malade. Dans nos deux cas, en même temps que l'infection vésiculaire, il y avait de l'angiocholite ; il est facile de comprendre que lorsque l'on intervient chez un individu infecté, on doit s'attendre à plus de risques pour la même opération, que chez un individu sain. En particulier, l'angiocholite ascendante est une affection redoutable, pouvant s'accompagner d'abcès hépatiques, souvent de péritonite péri-hépatique, parfois même de lésions à distance, telles que l'endocardite végétante.

L'alimentation, les médicaments toxiques ont pu même amener des désastres dans des cas d'angiocholite méconnue, et nous retrouverons, quand nous parlerons des résultats éloignés, l'influence des écarts de régime dans les causes des décès survenus longtemps après l'opération. En effet, un hépatique reste toujours un hépatique, et rien n'est plus difficile de dire si un individu qui a présenté une fois des altérations de sa cellule hépatique n'en a pas conservé quelque chose. Ce sont des cas sur lesquels a insisté M. Chauffard.

Pour savoir quel est l'état du foie, nous n'avons guère que les moyens chimiques ; l'hypoazoturie est d'un fâcheux pronostic ; l'épreuve de la glycosurie alimentaire donne à peu près le taux de la glycogénie hépatique ; enfin si l'élimination du bleu de méthylène est intermittente, elle indiquera, d'après le degré de fréquence des intermittences, leur date d'apparition, dans quelle proportion le foie retentit sur la fonction rénale. Plus l'intermittence apparaît rapidement, plus sa fréquence est grande, moins le rein fonctionne bien. Malheureusement, chez nos deux opérés qui ont suc-

combé, cette épreuve n'a pas été faite. L'urée n'a été dosée dans aucun des deux cas ; on n'a pas recherché s'il y avait de l'indican et de l'urobiline dans les urines de la femme qui fait le sujet de l'observation 8.

A vrai dire, cette opérée pourrait être éliminée de notre statistique, et pourrait être étiquetée : cholédochotomie ; d'ailleurs elle figure comme telle dans la thèse de M. Français. Nous la compterons cependant parmi les opérées devant figurer dans notre statistique, puisque cette malade avait subi une cholécystectomie avec cholédochotomie quelques mois avant que M. Michon, remplaçant M. Hartmann, pendant le mois d'août, pratiquât sur elle une seconde cholédochotomie.

Dans la première intervention, on avait pu constater le mauvais aspect du foie « très hypertrophié, un peu clouté ». Le troisième jour après l'opération était survenue une pneumonie, deux semaines après, une crise de colique hépatique, avec obstruction du cholédoque ; la femme n'avait quitté la salle Lailler que deux mois et demi après l'opération ; son foie était resté volumineux.

Quand des accidents d'obstruction lithiasique du cholédoque eurent nécessité une seconde cholédochotomie, on trouva de la rétention biliaire en amont de l'obstacle. Une semaine après l'opération réapparaît l'ictère et la température monte. La femme meurt quatorze jours après la seconde intervention ; on peut en pratiquer l'autopsie, et l'on trouve alors un abcès aréolaire du foie ; ces abcès doivent être considérés comme des abcès angiocholitiques ; ils sont d'ailleurs, de par leur disposition et leur étiologie, au-dessus des ressources de la chirurgie.

Notre second malade qui fait le sujet de la douzième observation est mort lui quatre jours après une cholécystectomie avec cholédochotomie et drainage de l'hépatique ; seul, il devrait rentrer absolument dans le cadre de cette étude.

Il était plus âgé, 65 ans, et était malade du foie depuis six ou huit ans. Nous ferons remarquer qu'il usait de la morphine, et qu'il avait beaucoup maigri; ses urines contenaient 13 gr. 50 d'urée, de l'indican et de l'urobiline; il avait donc de l'insuffisance hépatique, mais peu accentuée.

L'état du foie dans le procès-verbal de l'opération, est à peine signalé : « il est friable et saigne facilement. » Dès le lendemain, les urines deviennent très peu abondantes, et albumineuses, et elles se suppriment dans les vingt heures qui précèdent la mort. L'autopsie n'a pu être faite.

Tel est le seul cas de mort que l'on puisse mettre au passif de l'intervention et encore, manque-t-il les résultats de l'examen nécropsique.

Dans un autre genre d'idées, les résultats immédiats peuvent être étudiés au point de vue cessation des symptômes qui avaient fait décider l'intervention : la fièvre, les douleurs, l'obstruction des voies biliaires.

Il est rare que dès le soir ou le lendemain de l'ouverture de la collection suppurée, la température revienne brusquement à la normale. Quand on regarde les courbes, on voit qu'au contraire, ce n'est que petit à petit que la température atteint 37°. Ceci s'observe aussi bien dans les cholécystites calculeuses que dans les autres cholécystites aiguës. Cependant, dès le lende-

main de l'opération, on remarque le meilleur aspect de l'opéré, et le changement heureux qui s'est produit dans son facies.

Dans plusieurs de nos observations, les opérés ont éliminé, les jours qui ont suivi l'opération, de nombreux calculs par la plaie et par les drains. D'autres fois, il se produit, alors que la malade est encore alitée, une crise véritable de colique hépatique, parfois même une série de crises, suivie de l'élimination d'un calcul par les selles. Telle est, par exemple, la femme qui fait l'objet de l'observation 27, de la première catégorie de malades. Une autre (obs. 14 de cette même catégorie) est plus curieuse encore. L'opérée, pendant près de deux mois, continua à éliminer des calculs par la plaie opératoire (on avait pratiqué une cholécystotomie).

Quant à l'ictère, dès que l'obstacle au passage de la bile est levé, il tend à disparaître ; l'écoulement bilieux par la fistule dure plus ou moins longtemps, et le traitement ultérieur de ces fistules biliaires mérite d'être étudié à part.

Parfois, on a pu observer une décoloration, passagère, des selles après une cholécystectomie avec cholédochotomie ; l'écoulement de bile dans le pansement étant d'autant plus abondant qu'il s'en écoule moins dans l'intestin, règle la coloration ou la décoloration des matières.

Comme autres complications immédiates, nous n'avons eu à observer que des complications broncho-pulmonaires, assez fréquentes, mais relativement peu graves. Nous aurions cependant pu savoir ce qu'était devenue la femme R... (obs. 15 de la 3e catégorie), qui fit trois jours après l'opération des accidents du côté de sa plè-

vre ou de son poumon gauche, avec élévation thermique considérable, (40° 2) et trois semaines après eut une crise de dyspnée intense, avec fièvre 39° 4, avec matité dans les deux tiers inférieurs du poumon droit, et expectoration muco-purulente. Cette femme a tenu à être transportée chez elle.

Une seule opérée a eu une forte hémorragie cinq jours après l'opération, au moment de l'ablation des mèches; elle s'est arrêtée à la suite d'un tamponnement. Nous n'avons pas eu d'accidents sérieux dus aux troubles de la coagulabilité sanguine qui s'observent dans les lésions hépatiques.

Il est parfois des cas où ces hémorragies sont véritablement des plus graves : toute la plaie opératoire saigne en nappe, et il est difficile de l'arrêter par un simple tamponnement. Dans le cas de notre malade, l'eau oxygénée a rempli son rôle d'agent hémostatique d'une façon suffisante. On a essayé aussi des applications d'une solution au millième d'adrénaline.

Nous n'oserions préconiser systématiquement l'emploi de ce médicament pour arrêter une hémorragie diffuse provenant d'une plaie de quelque étendue : l'absorption de l'adrénaline pourrait amener une hypertension artérielle considérable, et augmenter encore l'écoulement sanguin.

On a conseillé avec juste raison d'ailleurs, de n'enlever les mèches qu'après les avoir imbibées largement d'eau oxygénée étendue du triple de son volume d'eau. Comme moyen préventif, l'ingestion du chlorure de calcium à la dose de 2 à 4 grammes par jour, avant l'opération, aurait pour effet d'augmenter la coagulabilité du sang diminuée chez les hépatiques. On pourrait ten-

ter, et cela n'a pas été fait, d'employer le moyen préconisé par M. Weil, il y a deux ans : l'injection intraveineuse de 2 centimètres cubes de sérum humain qui chez des enfants hémophiles du service de M. Broca et du service de M. Netter, a donné de bons résultats.

Les soins post-opératoires ne présentent guère de particularités à signaler. Il est des cas où un tube-siphon aura été placé dans le canal hépatique, son fonctionnement devra être surveillé de près ; en cas d'oblitération, les injections par les drains doivent être pratiquées très prudemment, et même, les premiers jours, il vaut mieux s'abstenir d'en faire.

On devra veiller à ce que l'opéré aille régulièrement à la selle. En cas de constipation, on pourra employer soit les grands lavements, soit l'huile de ricin, soit les purgatifs minéraux, le sulfate de soude par exemple.

La prophylaxie des accidents broncho-pulmonaires est assez difficile : en général ils sont bénins bien que fréquents : une de nos opérées (obs. 8, 3e groupe) a eu une pneumonie lobaire le troisième jour après l'opération. On lavera la bouche de l'opéré, on le tiendra dans son lit à demi-assis ; s'il tousse, on appliquera immédiatement des ventouses, en somme, de ce côté rien de particulier à signaler.

La question du drainage est subordonnée à l'intervention et au degré d'infection ; nous y reviendrons en parlant des fistules biliaires.

La plupart des opérés dont nous avons donné les observations se sont levés du dix-huitième au vingt-cinquième jour.

LES RÉSULTATS ÉLOIGNÉS

Nous devrons les étudier séparément pour la cholécystostomie, pour la cholécystectomie, pour la cholécystectomie avec intervention sur le cholédoque et l'hépatique. Nous traiterons ensuite séparément des fistules biliaires post-opératoires.

Résultats de la cholécystostomie et de la cholécystectomie. — Quand il ne s'agit pas d'une cholécystite calculeuse, l'incision et le drainage de la vésicule ont donné dans nos observations des résultats des plus encourageants au point de vue cessation des accidents immédiats et des suites éloignées. Il est vrai que nous n'en avons guère qu'une seule, l'observation 13, dans laquelle l'opération n'ait pas permis de trouver de calculs. Notre observation de cholécystite aiguë puerpérale concerne une lithiasique, une autre cholécystite est survenue chez une typhique probable, mais on n'a pas pratiqué chez cette femme d'ensemencement massif du sang ni recherché l'agglutination ; il n'y avait pas de bacille d'Eberth dans le pus.

L'opération dans vingt cas sur trente-huit a donné des résultats éloignés parfaits, et plusieurs des opérations dataient de plus de quatre ans, quatorze exactement.

D'autres fois, les malades ont continué à souffrir après l'opération, mais, en général, ce n'est plus leur foie qui est en cause.

Avec les cholécystectomies, nous parlerons des conditions qui font que la cholécystostomie peut nécessiter l'ablation secondaire de la vésicule.

Chez une des opérées, il persistait, longtemps après l'opération, des douleurs qui peuvent être considérées comme des accidents de colique hépatique fruste : après les repas, elle se plaint, trois heures après le repas, d'éprouver une douleur dans la région vésiculaire. Comme il n'y avait pas d'adhérences à l'opération on peut admettre qu'il y ait récidive des coliques hépatiques, bien qu'on n'ait pas trouvé de lithiase du cholédoque.

L'opérée 11, elle, a eu des crises bien nettes, avec ictère, qui ont cessé quand la malade s'est mise à suivre un régime alimentaire ; une autre (obs. 29) a été revue vingt mois après l'intervention, venant d'avoir une petite crise ; cette malade n'est plus revenue depuis.

L'unique opérée de cysticotomie est en ce moment à Lariboisière. Elle n'a plus eu d'ictère, ni le moindre trouble qui puisse faire penser à une affection du foie. Elle est peut-être atteinte de néoplasme gastrique.

Quelques-uns des opérés ont succombé : pour les uns, il s'agit d'une maladie intercurrente (obs. 12 et 26), pour d'autres, il s'agissait d'une affection hépatique (obs. 24-28-30 et 33).

Le malade qui fait le sujet de l'observation 24 a succombé trois ans après avoir subi une cholécystostomie, à des accidents d'insuffisance hépatique aiguë ; quand on avaiteu le foie sous les yeux, on avait constaté qu'il

était déjà énorme, et notre malade est mort après un écart de régime.

Il semble que la cholécystostomie n'ait donné aucun résultat chez les trois autres opérés : l'un (obs. 30), a continué à avoir des crises ; l'opérée n° 33 serait morte de péritonite ; les détails sont des plus incomplets. Quant à la femme P... (n° 28), d'après ce que disait la personne des plus extra-médicales, qui a seule donné les renseignements, elle était d'une sobriété relative : chez elle, les crises ont continué, avec l'ictère, comme auparavant.

En somme, nous avons six cas (avec l'obs. 4 du 2e groupe et l'obs. 2 des opérés de la 3e catégorie), où la cholécystostomie n'a pas donné de résultats éloignés favorables.

Résultats de la cholécystectomie. — A part une observation de cholécystectomie pour cholécystite ulcéreuse, tous nos cas se rapportent à des cholécystites calculeuses.

Malheureusement, là, nous n'avons pas encore de résultats très anciens, et quelques-unes des opérées continuent à se plaindre de troubles abdominaux qui n'ont rien à voir avec l'affection vésiculaire qui avait déterminé l'opération.

Une femme (obs. 3) est revenue se plaignant d'avoir des accès de hoquet.

L'observation 4 a trait à une jeune femme qui avait subi une cholécystostomie sans succès quelques mois auparavant. La malade est actuellement en bonne santé et n'a plus que de légères douleurs abdominales, non attribuables à la lithiase biliaire.

Résultats de opérations sur la vésicule, avec intervention sur le cholédoque et l'hépatique. - De quatorze observations de ce genre suivies de guérison opératoire, huit se rapportent à des opérations de Kehr. Dans la moitié des cas, les malades avaient subi antérieurement une cholécystectomie ou une cholécystostomie ; trois fois, la seconde intervention a porté sur le seul cholédoque. Dans un de ces cas, il y avait de la péritonite périhépatique et sclérose du pancréas, comme l'a montré l'examen histologique d'un fragment pris pendant l'opération ; d'autres fois, un calcul du cholédoque était passé inaperçu pendant l'opération.

Les résultats qui sont en général des plus satisfaisants, bien qu'ils ne portent pas sur des périodes de plusieurs années.

Une des opérées est morte deux ans après une première intervention de cholécystostomie, et six mois après une cholédochotomie ; là encore, nous ferons remarquer l'influence des écarts de régime.

Sept des opérées n'ont plus eu la moindre crise, chez une autre (obs. 2), qui avait subi une cholécystostomie, il y a eu récidive des accidents après une opération de Kehr. Il s'agit là d'une malade neurasthénique, ayant fait grand usage de la morphine, et qui, au cours de manifestations en Bretagne, a été reprise de crises de coliques hépatiques, effet bien inattendu de la loi de Séparation. Ces accidents ont cessé depuis.

Résultats généraux. — Dans de nombreux cas, les opérés se sont plaints d'accidents douloureux qui ne peuvent en toute justice être attribués à la lithiase biliaire, mais sont attribuables à des lésions concomitantes.

On peut ranger les causes des douleurs post-opératoires non lithiasiques en quatre groupes :

1° Dans un certain nombre de cas, il existe une ptose rénale.

2° Dans d'autres, il y a de la dilatation de l'estomac avec ou sans stase, accompagnée parfois de troubles de la sécrétion gastrique.

Dans le troisième groupe, les douleurs persistantes doivent être mises sur le compte de la périhépatite. Ce hoquet dont se plaignait l'opérée de cholécystectomie, n° 3, rentrerait peut-être dans ce groupe. Beaucoup de comptes rendus de l'opération mentionnent que les adhérences de la vésicule aux organes voisins, côlon, estomac, foie, ont dû être libérées.

Les chirurgiens lyonnais, Tripier entre autres, insistent sur le rôle de la péritonite périhépatique dans les cas de douleurs abdominales post-opératoires ; en réalité, l'importance de cette lésion serait moindre qu'on ne le pense.

Quant aux *éventrations*, sur une cinquantaine d'opérées une seule en présente (obs. 10, troisième catégorie) ; l'incision pratiquée avait été l'incision de Kehr. Dans les cas où une incision transversale a été branchée sur la première pour donner plus de jour, dans les cas où l'ablation de l'appendice, d'un kyste ovarien, a été pratiquée, dans le cas de laparotomie pour péritonite aiguë, la paroi s'est bien consolidée.

La réunion a été obtenue tantôt par des fils d'argent, le plus souvent par une suture à trois plans.

Les fistules biliaires. — Le drainage des voies biliaires a pour but de permettre l'écoulement large de la

bile infectée ou du liquide séropurulent qui s'y était collecté.

Tantôt ce drainage porte sur la vésicule ; le chirurgien a alors pratiqué une cholécystostomie, ou bien il porte sur le canal hépatique ou le cholédoque. L'ablation de la vésicule avec drainage du canal hépatique est connue sous le nom d'opération de Kehr. Nous en avons relaté huit observations, dont une seule suivie de mort.

Dans toutes nos observations de cholécystostomies, nous avons relevé tantôt des cas de drainage simple, les adhérences qui se forment suffisant à protéger la cavité péritonéale, tantôt des cas de cholécystostomie avec épiplooplastie, la production d'une petite cavité néoformée mettant mieux à l'abri de l'infection généralisée de la séreuse. Cet artifice opératoire a été mis en pratique en France par M. Terrier. On réunit par un surjet de catgut l'épiploon, le bord antérieur du foie, et le péritoine pariétal.

Pour plus de sûreté, on a pu pratiquer le drainage étanche de la vésicule. Poppert, en 1898, imagina d'introduire dans la vésicule un gros drain et de le fixer par une suture au niveau de la partie la plus déclive de l'incision vésiculaire : on referme autour de lui les lèvres de la plaie ; le drain reste en place de deux à quatre semaines. On a pu employer aussi un drain métallique de Murphy, modification du bouton si employé en chirurgie intestinale.

Toutes les fistules biliaires dont nous avons à nous occuper dans le cadre restreint que nous nous sommes fixé, n'ont pas évolué d'une façon identique.

Elles ont pu se prolonger, continuer à donner lieu à un écoulement séreux, insignifiant, mais qui nécessite

néanmoins un pansement à changer tous les jours (ob. 35). Il est vrai que dans ce cas, la vésicule était profondément infectée et s'était perforée. Comme il s'agit d'une malade âgée de 73 ans, et diabétique, comme cet écoulement est minime, il est inutile de tenter une cholécystectomie pour amener sa suppression.

La fistule peut se prolonger longtemps alors même que l'on a pratiqué une cholécystotomie, et non une cholécystostomie ; par exemple, dans l'observation 1, elle a duré trois mois, dans l'observation 6 cinq mois.

Dans l'observation 2 des cholécystostomies avec cholédochotomie, on peut remarquer que la malade, opérée antérieurement de cholécystotomie, et dont la fistule s'était rouverte, avait, les jours où elle souffrait, un écoulement de bile noirâtre, épaisse, tandis que, les jours où elle était tranquille, l'écoulement devenait plus limpide, plus liquide.

Plusieurs fois, les opérés porteurs de fistule biliaire ont dû subir une nouvelle opération pour faire tarir leur écoulement bilieux. Ce cas s'est présenté cinq fois pour notre première série de malades.

D'ailleurs, cette opération est des plus simples et des plus bénignes. Elle ne nécessite que l'anesthésie locale à la cocaïne : on dissèque le trajet, on avive les bords de la plaie et l'on ferme celle-ci avec un crin. Une fois, la suture a lâché, mais le trajet s'est refermé seul une quinzaine après.

D'autres fois, la tentative de fermeture a été suivie d'insuccès, avec reprise d'accidents septiques ; dans ces cas, la fistule biliaire ne s'était pas tarie, parce qu'elle était en rapport avec l'existence d'un calcul dans le

cholédoque. M. Hartmann a relevé trois cas, qu'il nous a communiqués oralement. Dans l'un des deux qui lui sont personnels, six fois, la fermeture avait été tentée, et avait échoué six fois ; le troisième cas appartient à Gérard Marchand.

Dans les cas où l'on est amené à drainer l'hépatique, il faut laisser le tube en place un certain temps ; pour plus de commodité, on pourra fixer le tube à un siphon.

Le tube peut être introduit simplement dans l'hépatique, ou plutôt fixé à la paroi; pour cette fixation, le crin doit être employé de préférence au catgut qui se résorbe et laisse sortir le tube (Hartmann). Le crin peut être laissé en place aussi longtemps qu'on le veut.

La durée du drainage sera réglée par l'examen du liquide qui s'écoule: si la bile s'écoule, dorée, limpide, sans flocons, le drainage pourra être de courte durée ; mais on laissera en place le tube le plus longtemps possible si la bile est épaisse, noirâtre, floconneuse.

Comparaison des résultats. — Pour Kehr, l'ablation de la vésicule biliaire peut seule mettre à l'abri de la formation de nouveaux calculs. Dans nos observations de cholécystostomies pour cholécystite calculeuse, on peut voir que cette production de nouveaux calculs n'est pas fatale. D'ailleurs, Mayo Robson en recherchant les suites éloignées de ses nombreux cas de cholécystostomies, n'a pas remarqué que d'autres calculs se soient constitués dans la vésicule, quand elle avait été débarrassée des calculs qui s'y trouvaient au moment de l'intervention. Il est prouvé que l'absence congénitale de la vésicule biliaire ne détermine aucun trouble digestif, et que son ablation chirurgicale n'en amène pas

non plus. D'autre part, l'ablation de la vésicule en cas de cholécystite calculeuse, est rarement suivie de production nouvelle de calculs dans les autres voies biliaires.

La cholécystectomie apparaît donc, *à priori*, comme étant la meilleure opération à préconiser en cas d'accidents lithiasiques. S'il n'existe qu'une cholécystite calculeuse, sans calculs dans le cholédoque, sans fièvre, sans ictère, la cholécystectomie pourra être faite seule, et suivie de résultats lointains excellents, mais il y a des cas où l'on pratiquera uniquement une cholécystotomie ou une cholécystostomie ; si l'on a affaire à une cholécystite aiguë suppurée, avec péricholécystite, adhérences aux organes voisins, si la dissection de la vésicule doit être faite au bistouri, le décollement au doigt, si facilement conduit d'habitude, devenant une impossibilité, on se bornera à fixer la vésicule à la paroi. Dans ces cas, non seulement l'ablation de la vésicule est difficile, mais elle est dangereuse ; sa rupture peut amener l'écoulement de liquide septique dans la cavité péritonéale et amener un péritonite suraiguë, par diffusion des agents pathogènes dont la virulence s'est exagérée dans la cavité close.

De même, dans les cas de cholécystite infectieuse, la cholécystotomie donne des résultats excellents, et a cet avantage sur la cholécystectomie de pouvoir être plus rapidement conduite.

Cependant la cholécystectomie ne peut donner de résultats durables, quand en même temps qu'une lithiase vésiculaire existent des calculs dans le canal cholédoque et dans l'hépatique.

Il est souvent difficile d'affirmer qu'il n'existe dans

ces canaux aucun calcul. Delagenière conseille de pratiquer dans la plupart des cas une section de cystique, de l'hépatique et du cholédoque, afin d'être plus sûr de ne laisser aucun calcul.

Le cathétérisme des voies biliaires principales avec une bougie uréthrale a permis souvent de reconnaître la présence d'un calcul ; par contre, il peut ne pas les faire rencontrer, ou bien il arrive souvent que la sonde butte dans les replis des canaux, et ne peut être engagée assez profondément.

L'opération de Kehr donne les meilleurs résultats dans les cas où il existe de la cholécystite avec calcul du cholédoque et de l'hépatique. Le drainage, destiné à amener une diminution notable du degré d'infection du foie doit, pour être efficace, se prolonger assez longtemps, deux semaines, conseille Kehr.

Il existe actuellement cinq cas seulement d'abouchement du canal hépatique dans le duodénum ; deux de ces cas, les seuls pratiqués en France, l'ont été par M. Terrier. Mais cette opération est récente et pas encore assez répandue, pour que l'on puisse la comparer à celle de Kehr. Le cholédoque très dilaté a pu aussi être abouché à l'intestin.

On s'est demandé si, en abouchant la vésicule à l'intestin, les accidents qu'amène l'oblitération calculeuse du cholédoque ne pourraient pas être ainsi conjurés. M. Terrier a été le premier à pratiquer et à réussir cette intervention. Quand il existe de la cholécystite, la cholécystentérostomie a le gros inconvénient de ne pas permettre l'évacuation de la bile infectée, et il est difficile de savoir si elle ne l'est pas. D'autre part, si l'on admet que l'ablation de la vésicule met à l'abri, d'une façon à

peu près définitive, de la formation de nouveaux calculs, on a tout intérêt à l'enlever tout de suite, chaque fois que cela sera possible.

Les mêmes causes qui font que la cholécystotomie doit être pratiquée de préférence à la cholécystectomie font de l'abouchement de la vésicule au duodénum une impossibilité les adhérences de l'intestin avec les organes voisins, l'état de la vésicule la rendent souvent impraticable.

L'abouchement de la vésicule à l'estomac peut dans ces cas être pratiqué ; on aurait même dans ce cas moins de chances d'infecter la vésicule, le continu acide de l'estomac étant relativement beaucoup moins septique.

L'abouchement colique n'est qu'un pis aller. Encore faut-il, lorsque l'on abouche la vésicule à une partie quelconque du tube intestinal, être certain de la perméabilité du cystique, et pouvoir affirmer que ce canal ne s'oblitérera pas.

Nous n'avons pas relevé d'interventions de ce genre dans nos observations, et comme nous n'avons eu l'intention de nous en tenir seulement aux cas de M. Hartmann, nous les laisserons de côté ainsi que les autres interventions, rarement pratiquées telles que l'hépato-cholédochotomie, gastro-entérostomie avec drainage de la vésicule (Tuffier).

Pour avoir un bon résultat thérapeutique, durable, à longue distance, le point important est donc toujours, qu'il s'agisse d'une intervention sur la vésicule seule ou sur la vésicule et le cholédoque, de faire une évacuation complète, totale, de tous les calculs ; la récidive

des accidents n'est survenue que dans les cas où cette évacuation avait été incomplète.

Dans les cas où existeront des signes de lithiase du cholédoque, on les reconnaîtra, avant l'intervention, par des symptômes assez nets : l'ictère chronique, d'intensité variable, augmentant les jours qui suivent les crises douloureuses, puis diminuant un peu, des accès fébriles, l'augmentation du volume du foie, avec diminution du volume de la vésicule. Dans ces cas, l'opération de Kehr donne les résultats les meilleurs. Mais quand existe seulement de la lithiase vésiculaire, nous conseillerions plutôt la cholécystectomie.

C'est une opération simple, bénigne, qui « amène la sédation des douleurs, la régularisation des digestions, et fait assister à une véritable résurrection du malade qui passe d'un état très mauvais à une condition de santé très satisfaisante (Calot). »

Après l'opération, qu'il s'agisse d'une cholécystectomie, d'une cholécystostomie, d'une opération de Kehr, il importe de prévenir l'opéré des risques qu'il courrait en cas d'écarts de régime, l'aboutissant des accidents d'angiocholite, laquelle est souvent d'origine lithiasique, étant l'ictère grave.

I

CHOLÉCYSTOTOMIES, CHOLÉCYSTOSTOMIES, CHOLÉCYSTECTOMIES PARTIELLES, CYSTICOTOMIE.

Observation I. — *Péritonite aiguë, suivie de l'établissement d'une fistule cholecysto-intestinale. Coliques hépatiques à répétition. Cholécystotomie, ablation du calcul du cholédoque. Guérison. Suites éloignées 9 ans* (1).

Mme T..., 38 ans, entre le 24 avril 1896 à Bichat, pour des accidents de lithiase biliaire. Elle a eu sa première crise hépatique il y a huit ans, quinze jours après son second accouchement, la crise a duré trente-six heures, les douleurs occupaient l'hypocondre droit, et s'accompagnaient de vomissements.

Des crises semblables survinrent presque constamment pendant trois mois ; puis, après une accalmie d'un an, elles reparurent tous les huit ou quinze jours.

De 1890 à 1892, les crises furent espacées, mais les douleurs restaient toujours aussi aiguës. En 1892, première apparition d'ictère. Le 25 novembre 1893, deux jours après le début des règles, elle fut prise de symptômes péritonitiques qui mirent ses jours en danger.

Le 9 décembre, la malade est encore dans un état alarmant ;

1. Thèse de Français, obs. 15.

elle vomit tout ce qu'elle prend: ses yeux sont excavés, le facies tiré, le nez pincé, le pouls petit, le ventre est ballonné, il existe une teinte subictérique des téguments. On conseille de continuer le traitement médical, et de recourir à une intervention chirurgicale, lorsque les phénomènes aigus se seront amendés.

Au lieu de suivre ces conseils, la malade suit plusieurs mois un traitement médical. Comme elle souffre presque constamment de poussées d'ictère, avec crises douloureuses, décoloration des matières, etc., que le foie et la rate augmentent de volume, M. Gilbert lui conseille l'intervention. La malade entre à Bichat.

État actuel (25 mars 1896). — Le foie est très augmenté de volume, il occupe l'épigastre, déborde dans l'hypochondre droitetse continue dans le flanc avec une masse arrondie, descendant jusqu'au niveau de l'ombilic, et ballottant d'arrière en avant.

La matité commence à 3 cm. 1/2 du mamelon, et s'étend sur une hauteur de 17 centimètres. Au-dessous, elle se continue avec la masse arrondie, mal limitée, qui la prolonge de 3 centimètres environ. Cette masse, sonore à la percussion superficielle, est submate à la percussion profonde.

La rate déborde dans l'hypochondre et s'avance jusqu'au voisinage de l'ombilic. Sa matité sur la ligne axillaire antérieure mesure 9 centimètres. Le reste du ventre est souple ; pas d'ascite. Rien à l'examen des organes génitaux. La région épigastrique est indolente, mais la pression détermine de la douleur au niveau de la masse située à droite de l'ombilic.

Respiration soufflante à la base droite en arrière.

Les selles sont décolorées. Il existe une teinte subictérique généralisée, de l'amaigrissement notable (22 kilos en six mois) de l'inappétence et des douleurs presque continues.

Les urines sont acides, 21 grammes d'urée par litre; de la bile, pas d'albumine.

Opération le 26 mars 1896, par M. Hartmann. Incision sur le bord externe du muscle droit, commençant au niveau du rebord costal, et descendant verticalement de 10 centimètres. Le ventre ouvert, on constate que toute la moitié supérieure de l'incision est occupée par le lobe droit du foie descendant dans la fosse lombaire. Nous le relevons, et comme le côlon transverse est fusionné avec son bord antérieur, par des adhérences fermes et solides, on les sectionne aux ciseaux. Au niveau de l'encoche de ce bord, qui marque la situation de la vésicule, on cherche vainement celle-ci.

Poursuivant le décollement de la face inférieure du foie au niveau de ce sillon, on trouve, profondément, une partie dure, du volume d'une plume d'oie, grise, enfoncée dans le tissu hépatique, et se continuant directement avec une masse arrondie considérée comme la deuxième portion du duodénum, adhérant elle-même intimement au foie.

Pensant que ce cordon grisatre, fibreux, n'est autre que la vésicule ratatinée et indurée, on incise le tissu hépatique autour de son fond, et l'on commence le décollement avec l'ongle. Ce décollement s'accompagne d'une hémorragie veineuse abondante, arrêtée par la compression permanente avec un tampon. Le fond de la vésicule détaché est saisi avec une pince à traction, et l'on cherche à continuer le décollement. Comme le foie saigne beaucoup, on sépare seulement sa face inférieure des organes environnants, afin de pouvoir l'observer. Après avoir fendu perpendiculairement d'un coup de ciseaux, le cordon fibreux, on constate qu'au centre il existe une lumière. Une très petite curette insinuée dans sa cavité ramène un bouchon muqueux, dont l'ablation est immédiatement suivie d'un afflux de bile.

Insinuant le doigt le long de ce cordon fibreux, on sent profondément un calcul que l'on ramène par des pressions progressives vers l'incision et que l'on enlève. La sonde cannelée réintroduite dans cette vésicule rétractée, est dirigée vers ce que l'on avait regardé comme la deuxième portion du duodénum, et y pénètre sans obstacle. Cette constatation, jointe à ce fait qu'il y a continuité directe entre cette masse adhérente au foie et le cordon fibreux correspondant manifestement à la vésicule biliaire, est troublante. On l'incise et l'on constate que l'on est dans le duodénum. La poussée de péritonite de novembre dernier était probablement la manifestation de la perforation des voies biliaires dans le duodénum.

Actuellement, la vésicule réduite au canal fibreux, petit, déjà décrit, se continue avec une sorte de canal curviligne, se terminant par ses deux bouts dans l'intestin, au niveau de l'ampoule de Vater, et, au niveau de la communication pathologique. Dans ce canal, se promenait évidemment le calcul extrait, qui, bien que peu volumineux, était néanmoins trop gros pour passer par l'un ou l'autre des deux orifices.

Cinq sutures à la soie, consolidées par deux points à distance, réparent la brèche intestinale, et l'on termine l'opération en amenant par une soie l'incision du cordon fibreux vésiculaire au contact de la plaie abdominale, en y plaçant un petit drain, et en tamponnant à la gaze iodoformée la cavité résultant des manœuvres de décollement.

Pour bien isoler le foyer, on passe un fil en surjet qui charge les lèvres de la plaie abdominale, les tuniques externes du côlon, l'épiploon et le bord du foie. Pansement iodoformé.

Suites opératoires, le 27. — T. : 38°1 ; trente-deux respirations; les mouvements respiratoires sont douloureux. Écoulement bilieux abondant.

Le 28. — État général bien meilleur, 37°1-37°8.

Le 30. — Érythème local, par suite de l'écoulement bilieux. Pommade à l'oxyde de zinc.

Le 31. — T. : 38°-37°,5. Ablation du drain et d'une partie de la mèche.

Le 1er *avril.* — Une selle argileuse. Le reste de la mèche est enlevé le lendemain ; la teinte ictérique a beaucoup diminué.

Le 10 *avril.* — L'ictère conjonctival a complètement disparu.

Le 11. — Selles recolorées.

Le 24. — Écoulement bilieux cesse.

Le 5 *mai.* — La fistule se rouvre. Écoulement bilieux jusqu'au 11 mai.

Le 16 *mai.* — L'opérée sort guérie.

La fistule ne s'est plus rouverte qu'une seule fois, les 20 et 21 mai.

Le 10 *juin.* — Cicatrice régulière, sans éventration. Plus le moindre trouble fonctionnel. Le foie et la rate ont bien diminué.

Revue le 4 *janvier* 1905. — Depuis l'opération, la santé de l'opérée a toujours été satisfaisante. Digestions bonnes ; la malade mange de tout.

La matité hépatique mesure 8 cm. 1/2 sur la ligne mamelonnaire. Le poids de l'opérée qui était de 48 kilos au moment de la sortie de l'hôpital est actuellement de 65 kilos.

Observation 2. — *Cholécystite calculeuse. Cholecystostémie avec cholécystectomie partielle. Cysticotomie. Guérison. Suites éloignées, 6 ans.*

G... Maria, 32 ans, domestique, entre le 20 octobre 1896 à l'hôpital Bichat, salle Chassaignac, se plaignant de douleurs épigastriques, sans vomissements, persistantes, qui l'ont arrê-

tée du 9 août au 13 ; le 13, elles ont augmenté considérablement, irradiant derrière le sternum.

A la suite de l'ingestion de médicaments, surviennent des vomissements qui durent toute la nuit ; son médecin lui prescrit alors de prendre de l'huile d'olives ; les douleurs disparaisssent ; au bout de quinze jours, la malade peut se lever, et vaquer à ses occupations, tout en souffrant de temps en temps de l'hypocondre droit ; ces douleurs se montrent surtout après les repas, ne s'accompagnent pas de vomissements ; les digestions se font plus pénibles, et ces deux derniers mois, la malade dit qu'elle a considérablement maigri.

Depuis trois ans déjà, à des intervalles irréguliers, survenaient des douleurs abdominales, suivies de vomissements et de céphalée.

État actuel. — Le palper abdominal fait constater, au niveau du bord externe du grand droit, immédiatement au-dessous de l'hypocondre, une tumeur dure, difficile à délimiter, un peu douloureuse ; au palper bimanuel, la main antérieure sent une petite masse dure qui vient au devant d'elle ; cette manœuvre est un peu douloureuse. Ni le foie, ni la rate ne paraissent augmentés de volume, la sonorité gastrique n'atteint pas l'ombilic ; il n'y a pas de ptose rénale. Les urines contiennent un peu d'urobiline.

Opération le 23 octobre 1896, par M. Hartmann. Incision sur le bord externe du muscle droit. La vésicule est volumineuse, épaissie, grisâtre ; elle est fusionnée avec la face inférieure du foie, dont elle déborde à peine le bord antérieur. La ponction aspiratrice en retire environ 100 cc. de liquide louche, grisâtre ; le doigt, explorant la face inférieure de la vésicule, constate, au voisinage du col, la présence de calculs. Incision au niveau de l'orifice du trocart ; M. Hartmann fait remonter une série de calculs, de dimen-

sions variables; un gros, situé dans le cystique, ne peut être refoulé ; la boutonnière de la vésicule est agrandie, l'index y est introduit, et constate que le calcul est enchâtonné; avec une sonde cannelée, tentative inutile d'élargir l'anneau fibreux qui l'encastre ; le cystique est chargé sur le doigt d'un aide, sa face abordable est incisée, les deux lèvres de l'incision saisies avec deux pinces de Kocher et le calcul est enlevé.

Un drain est introduit par la vésicule jusque dans le cystique; seulement à ce moment, apparaît de la bile dorée sur les compresses.

Fermeture de l'incision du cystique avec cinq soies qui prennent toute l'épaisseur des tuniques épaissies et friables du canal.

Mèche de gaze stérilisée au niveau de la suture du cystique, et sortant de la plaie en passant à gauche de la vésicule, suture à trois plans, chargeant la vésicule dans des points séreux et cutanés, avec excision du fond de la vésicule qui déborde.

Le pus contenait du bacterium coli.

Suites opératoires. — Le 25 octobre. Enlèvement de la mèche, le 29, ablation du drain et des fils, le 15 novembre, l'opérée quitte l'hôpital.

En avril 1902, elle est revue. Elle n'a plus jamais souffert de son foie; elle n'a plus d'indigestions ni de malaises, mange et digère bien tout. Cicatrice sans éventration, quoique la malade ne porte pas de ceinture et mette un corset.

Observation 3. — *Cholécystite calculeuse avec poussée aiguë de péritonite. Cholécystotomie, guérison, suites éloignées, 9 ans.*

A. R..., âgé de 39 ans, entre en octobre 1897, dans une maison de santé, rue Bizet.

Dans ses antécédents, on relève, en 1868, une pneumonie et une pleurésie. Il a séjourné dix mois au Sénégal en 1882, au moment d'une épidémie de fièvre jaune, qui atteignait 95 0/0 des européens. Huit jours après son arrivée, le malade est pris d'embarras gastrique, de vomissements bilieux, puis de vomissements noirs.

Des doses considérables de quinine l'ont préservé de la fièvre; maigre à son arrivée au Senégal, il en est reparti très gros, son teint avait pris une couleur jaune très accentuée.

De 1882 à 1885, surviennent fréquemment des frissons et des accès de fièvre, survenant d'abord deux fois, puis une fois par semaine, puis s'espaçant, le malade prenant de la quinine ; de 1883 à 1887, les accès de fièvre s'accompagnent de crises au foie; depuis 1887, la fièvre ne reparaît plus.

En 1885, première crise de colique hépatique sans ictère, survenu à la suite de fatigues et de contrariétés ; il y a en même temps une fièvre intense et des douleurs à la vessie ; la période aiguë de la crise dure trois ou quatre jours, mais la convalescence est de deux semaines.

De 1885 à 1890, des crises, courtes, sans fièvre, mais très douloureuses, surviennent régulièrement en mars ou avril ; le malade va à Karlsbad en 1890, et, de 1890 à 1892, il n'a pas de crise. Celles-ci reparaissent, avec les mêmes caractères qu'en 1885-1890, de 1892 à 1896.

Cette année-là, en juin, en août, le malade a des crises très courtes, insignifiantes; en octobre, une extrêmement violente et longue, avec fièvre. Dès le mois de novembre, il maigrit rapidement ; en janvier 1897, il a une crise qui dure trois semaines, intense, une autre en février, ces deux crises s'accompagnent d'irradiations douloureuses dans le péritoine. En août, le malade qui pesait, nu, 96 kilos en avril 1896, ne pèse plus, tout habillé, que 76 kilos. Il va faire une cure à Pougues.

Il a la sensation d'un calcul passant dans les canaux biliaires ; cette sensation s'accompagne d'une douleur intolérable et très courte ; ictère marqué les jours qui suivent.

En septembre, à la suite d'un voyage fatigant, la température monte à 39°, il y a des vomissements alimentaires, mais pas de douleurs ; la fièvre reparaît le lendemain, moins élevée ; à la suite d'un voyage en chemin de fer, quelques jours après, les douleurs au foie apparaissent. La crise actuelle date du 17 septembre.

Elle a été caractérisée par une poussée péritonitique des plus nettes, traitée par le professeur Potain (ballonnement et sensibilité de l'abdomen, fièvre, vomissements). Pendant quelques jours l'état a été grave, puis tout s'est arrangé.

Le 25 octobre, le malade a une colique hépatique : Douleur brusque occupant le creux épigastrique, s'irradiant latéralement le long des rebords costaux, particulièrement à droite où la pression détermine immédiatement au-dessous du rebord costal un point douloureux. Cette crise très violente, se calme au bout d'une heure.

Le 26, ayant pris une purgation le matin, le malade ressent les mêmes douleurs que la veille, mais, cette fois, la crise dure trois heures.

Opération le 28 octobre 1897, par M. Hartmann. — Incision presque verticale, au niveau du bord externe du muscle droit, légèrement oblique en bas et en dedans, s'arrêtant à un niveau un peu supérieur à l'ombilic.

Le côlon et l'intestin grêle sont fortement vascularisés ; leur surface est couverte d'exsudats fibrineux, résultat de la poussée récente de péritonite. Ne voyant pas la vésicule, on branche sur la première incision, une seconde oblique en haut et en dedans, parallèle au rebord costal, longue de quatre centimètres. La vésicule très tendue, libre d'adhérences,

est haut située dans l'excavation de la voûte diaphragmatique.

La vésicule est saisie avec deux pinces et ponctionnée avec un trocart Potain; l'aspiration en ramène 40 cc. d'une bile noire comme de l'encre, grumeleuse, avec du sable biliaire.

La vésicule est ensuite incisée entre les pinces, ses parois sont épaissies ; la curette ramène de son intérieur une vingtaine de calculs, du volume d'un grain de chènevis, mûriformes, semblant constitués par l'agglomération d'une série de petits calculs ronds.

Après placement d'un drain, les parois de la vésicule sont suturées aux bords de l'incision du péritoine pariétal ; cette suture reste incomplète, surtout en bas ; une soie charge l'épiploon et la paroi, et ferme le foyer à ce niveau.

Suture du reste de la plaie.

Suites opératoires. — Guérison sans incidents. Le malade, revu en 1907, n'a jamais présenté aucun trouble du côté du foie depuis son opération. En 1906, il a eu quelques accidents graves du côté des reins (oligurie, fièvre, urines troubles). Ces accidents se sont amendés et actuellement le malade se porte de nouveau bien.

Observation 4. — *Cholécystite calculeuse avec adhérences pyloriques. Symptômes gastriques très marqués. Cholécystectomie partielle. Ablation du calcul. Guérison. Suites éloignées,* 3 *ans.*

S. M. P... âgée de 30 ans, entre le 4 mai 1898 à l'hôpital Bichat. Depuis trois ans environ, cette malade a des troubles dyspeptiques qui augmentent peu à peu. A jeun, elle souffre de céphalée, de vertiges, de nausées mais sans douleurs, ni vomissements. Depuis deux ans, elle est sujette à des crises qui

surviennent à intervalles irréguliers, mais toujours plusieurs heures après le repas. Certains aliments (porc, bœuf bouilli, choux, haricots) provoquent plus facilement les douleurs qui s'accompagnent de pesanteur, de gonflement d'estomac, de bouffées de chaleur, de renvois sans odeur.

Il y a un mois, crise douloureuse plus violente qui dure quarante-huit heures, avec intolérance gastrique (douleurs, nausées, vomissements). Depuis ce moment les douleurs sont plus vives qu'auparavant.

Dans les antécédents on relève de la chloro-anémie à 18 ans, une métrite à 22 ans.

État actuel. — Les digestions sont difficiles et pénibles ; l'appétit est cependant conservé et il n'y a pas d'anorexie élective. Après les repas il y a des douleurs assez vives que la pression épigastrique exaspère. Il existe une sensation de pesanteur stomacale qui augmente quand la malade marche ou qu'elle est debout.

A l'inspection, on note une voussure de la région épigastrique, à la palpation on trouve à droite de l'ombilic une tumeur dont le diamètre répond à celui de trois doigts réunis, tumeur dont le grand axe se dirige en haut et à droite pour s'arrêter au-dessous du rebord costal. Cette tumeur est un peu lobulée, légèrement douloureuse à la pression et ne prend pas le contact lombaire.

L'estomac est très dilaté, clapote au-dessous de l'ombilic.

Le cathétérisme à jeun ne ramène qu'un peu de liquide jaune verdâtre, sans odeur de réaction neutre.

Repas d'épreuve : acidité totale : 1,54 ;
Vert brillant : virage net ;
Réaction Gunzbourg : nette mais faible ;
Eau iodée : erythodextrine, coloration violet lie de vin.

Acide lactique : O ;
Odeur habituelle ;
Évaporation légèrement noirâtre.
Chlorométrie : F : 1,20
T : 3,30
H+C : 2,10
T : 275

Amaigrissement notable. Constipation prononcée ; glaires et peaux dans les selles. Phénomènes neurasthéniques évidents (vertiges, casque, plaque sacrée, fatigue perpétuelle même au matin, idées noires, névralgies).

Urine : 1000 cc. acide ; D : 1024 ; urée : 20 gr. 95 ; ni sucre, ni albumine, ni bile.

Opération le 12 mai 1898, par M. Hartmann. Incision médiane sus-ombilicale. L'estomac est dilaté. Au voisinage du pylore, l'épiploon adhère à droite à la vésicule dilatée.

Une seconde incision transversale branchée sur la première, la met à découvert.

La ponction aspiratrice ramène 250 cc. de bile vert-noirâtre, trouble, qui par le repos se sépare en deux couches ; une inférieure, floconneuse, une supérieure, liquide. Le doigt sent un gros calcul dans le cystique, le fait remonter ; une pince est placée transversalement sur la vésicule pour l'empêcher de redescendre.

La moitié de la vésicule est libérée, au-dessous, une suture non perforante fixe la vésicule au péritoine dans l'angle droit de la plaie : la moitié de la vésicule est alors réséquée ; la muqueuse est fixée à la peau. Suture du reste de l'incision après placement d'un drain dans la vésicule.

La bile contenait du bacterium coli.

Suites opératoires. — Guérison sans incidents ; les douleurs stomacales cessent complètement.

En 1901, écrit qu'elle a été bien jusqu'à il y a quelques mois, mais que depuis, elle éprouve quelques douleurs abdominales.

Observation 5. — *Cholécystite calculeuse. Cholécystotomie. Guérison. Suites éloignés, 9 ans.*

Mme J..., 35 ans, entre dans une maison de santé, rue Bizet, en mai 1898.

Cette malade a souffert, il y a huit ans, de digestions pénibles, et de flatulence gastrique ; elle n'avait ni vomissements, ni douleurs vives. Il y a trois ans, un matin, après une grande fatigue, survient une douleur violente, du côté droit, irradiant vers l'épaule droite, empêchant la malade de remuer ; elle dure six jours, ne s'accompagnant pas d'ictère, mais amenant des vomissements répétés ; à la suite, il persiste de la courbature, de l'endolorissement des reins et du ventre, plus marqué à droite ; cet état dure trois semaines.

Deuxième crise six mois après ; les douleurs vives durent deux heures et demie, siégeant à droite, toujours, et remontant vers l'épaule droite. Deux jours après, la malade est complètement remise.

Une saison à Vichy, en juillet 1896, améliore ses digestions. Pendant le reste de l'année, surviennent cinq à six crises, toujours pareilles.

Deuxième saison à Vichy, en 1897 ; une crise apparaît quinze jours après le retour. Trois autres, presque successives surviennent ensuite, puis, presque tous les mois, il en survient une, sans coïncidence avec la date des règles.

Depuis une quinzaine, il s'en produit une à peu près tous les deux jours.

Opération le 27 mai 1898, par M. HARTMANN.— Incision sur le bord externe du grand droit commençant au-dessous du rebord costal, longue de 8 centimètres. La vésicule est cachée sous le foie, on ne peut la voir mais on la sent avec le doigt ; elle est volumineuse, adhère au côlon et contient des calculs.

Une incision transversale est branchée sur la première, sectionnant le tiers externe du droit.

La vésicule, libérée, est ponctionnée ; il s'en échappe un verre à liqueur de bile, brune, floconneuse ; deux pinces de Kocher amènent la vésicule dans la plaie, incision entre les pinces ; extraction d'un calcul du volume d'un gros pois chiche, puis un plus petit est extrait ; un troisième du volume d'une bille est dégagé du col de la vésicule.

La vésicule est suturée au péritoine pariétal en haut ; en bas, comme cette suture est impossible, la vésicule est fixée à l'épiploon et au côlon transverse, qui est fixé lui-même au péritoine. En dehors, une petite mèche de gaze, en un point non suturé. Drain au contact. Réunion du reste de la plaie.

Suites opératoires. — Le 28 mai, écoulement bilieux jaunâtre ; le 30, ablation de la mèche ; le 2 juin, le drain est enlevé ; le 4 juin, encore un peu de bile jaunâtre. Guérison.

La malade, revue le 6 mai 1899, n'a plus jamais souffert du foie, ni de l'estomac depuis son opération.

Le 11 juin 1907, elle nous écrit que sa santé est parfaite et qu'elle n'a jamais souffert du foie depuis son opération.

Observation 6. — *Cholécystite calculeuse. Cholécystotomie. Guérison. Suites éloignées, cinq mois.*

L.., âgée de 53 ans, entre le 17 juillet 1898, à Bichat ; l'affection a débuté, il y a sept ans, par des douleurs vives, dans les flancs et un ictère peu intense qui dura quelques

jours. Deux ans après, de nouvelles douleurs, au même point, plus légères, apparaissent pendant deux jours, et ne sont pas suivies d'ictère. Elles reviennent par la suite deux fois encore.

Le 26 août 1897, survient une crise de douleurs en ceinture, dans la région lombaire ; elle est très violente, ne cède qu'à des injections de morphine, n'est pas accompagnée d'ictère, mais est suivie d'un léger mouvement fébrile.

Au bout de quinze jours, la malade commence à souffrir de l'estomac, les digestions deviennent longues, douloureuses, avec sensation de brûlure hypogastrique. Il n'y a pas de vomissements. Pendant deux mois, à plusieurs reprises, des lavages d'estomac sont pratiqués, améliorant l'état de la malade ; mais celle-ci ne peut reprendre son régime ordinaire, et ne peut supporter que le lait, les œufs et la poudre de viande.

État actuel. — La malade se plaint principalement au creux épigastrique, d'une douleur sans irradiations, sans point dorsal. Cette douleur se montre surtout après les repas ; c'est une sensation de pesanteur, de brûlure. Il n'y a pas de vomissements. Il y a de l'anorexie, la langue est pâteuse.

Les matières fécales sont dures ; elles n'ont jamais présenté l'aspect de mastic, et l'on n'y a jamais trouvé de calculs, même pendant les crises douloureuses.

La malade dit qu'elle a considérablement maigri et a perdu ses forces. Pas de fièvre.

L'examen fait constater, au-dessous de l'ombilic, qu'il y a de la circulation collatérale ; au palper, on ne sent pas la vésicule biliaire, la pression exercée sous le rebord costal, sur le bord externe du grand droit, détermine de la douleur. A la percussion, la matité hépatique paraît normale.

L'estomac est notablement dilaté ; insufflé, il descend jusqu'à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Il n'y a

pas de stase ; après quinze heures de jeûne, la sonde ne ramène rien.

Rien à signaler dans les antécédents héréditaires de la malade. Elle-même, réglée à 16 ans, et toujours régulièrement, a cessé de l'être, il y a cinq ans, sans accident. Elle a eu deux enfants. Elle n'a fait d'autre maladie que celle qui l'amène à Bichat. Les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine, ni pigments biliaires.

Opération le 17 août 1898, par M. Hartmann. Cholécystomie ; ablation des calculs.

Suites opératoires. — Ablation du drain le 26, guérison sans incidents sauf une crise de diarrhée avec fièvre, le 7 septembre. Au commencement de décembre 1898 il coule encore un peu de bile par la fistule. En janvier 1899 la malade est complètement guérie.

Observation 7. — *Hydropisie et hydatides de la vésicule. Calculs du cystique. Cholécystostomie. Guérison. Suites éloignées. 9 ans.*

R..., âgée de 60 ans, entre le 25 août 1898, à l'hôpital Bichat ; elle a commencé, pendant l'hiver 1897-1898, à éprouver des douleurs dans tout le bas-ventre, surtout dans l'hypochondre droit, douleurs à peu près continues, avec des exacerbations à certains moments, obligeant la malade à se coucher. Elles étaient lancinantes, analogues à celles qui existent aujourd'hui ; le ventre était ballonné ; la malade restait parfois deux ou trois jours sans aller à la selle ; les lavements et les purgations faisaient cesser les douleurs ; les matières évacuées à ce moment ressemblaient parfois à du mastic. Il n'y avait pas d'ictère. La malade se met à maigrir, à avoir des vomissements alimentaires, survenant surtout le soir ou la nuit, quelquefois, ces vomissements sont bilieux.

Les douleurs irradient dans l'épaule gauche et l'épaule droite ; à un moment, la malade n'a pu se servir de son bras. Une fois par mois, à peu près, éclate un accès de fièvre ; la température monte à 40°. Les douleurs sont plus vives pendant ces crises qui durent quarante-huit heures.

En avril, survient une crise de coliques hépatiques, nette, suivie d'ictère, qui persiste vingt-quatre heures, avec des vomissements, de la décoloration des matières, des urines noirâtres ; on n'a pas recherché de calculs dans les selles.

Cette première crise dure environ huit jours ; à la suite, les douleurs reviennent, comme auparavant, mais localisées seulement dans l'hypochondre droit.

A la fin de juillet 1898, une deuxième crise se produit, s'accompagnant aussi d'ictère persistant quatre ou cinq jours, de prurit désagréable ; les douleurs sont extrêmement vives, les mouvements respiratoires très douloureux.

État actuel.— Le 23 août la malade souffre encore de l'hypochondre droit : ces douleurs sont supportables, mais continues.

La palpation profonde réveille une douleur siégeant entre l'ombilic et l'épine iliaque antéro-supérieure droite.

La matité hépatique va du cinquième espace intercostal jusqu'à deux doigts environ au-dessous des fausses côtes ; sur la ligne mamelonnaire, débordant le bord hépatique, on sent une masse dure, arrondie, elle suit les mouvements respiratoires, et le palper en est douloureux ; elle descend jusqu'à deux travers de doigt de l'ombilic ; en avant, la percussion donne de la sonorité. Cette masse donne nettement la sensation de ballottement.

Peu de chose à signaler dans les *antécédents* de la malade : sa mère est morte d'un cancer utérin. Elle-même n'a pas eu de maladies ; elle a eu quatre grossesses ; la ménopause est survenue à 29 ans.

Les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine, ni bile ; leur densité est de 1.015 ; urée : 6 gr. 50 par litre.

Opération, le 26 août 1898, par M. Hartmann. — Incision sur le bord externe du droit avec ouverture de la gaine du muscle. On tombe sur le bord du foie et sur une vésicule sans adhérences, sans signes manifestes d'inflammation, distendue par de la bile. Le palper fait sentir un calcul dans le col de la vésicule. La vésicule est attirée au dehors, sur une compresse imbibée de sublimé, et est ponctionnée avec l'appareil Potain : 60 cc. de bile verdâtre sont aspirés.

Après incision de la vésicule, il en sort des masses ressemblant assez à une peau de raisin, roulée sur elle-même, et noirâtre. Deux calculs, dans l'entrée du cystique, sont amenés ensuite.

Un drain est introduit dans la vésicule, qui est fixée à la face profonde de la paroi abdominale par des points séro-séreux, puis muco-cutanés. La paroi abdominale est suturée au catgut.

L'examen des masses roulées extraites de la vésicule a montré une structure stratifiée absolument identique à celle d'une coupe d'hydatide.

Suites opératoires. — Le 30, la bile ne paraît pas dans le pansement ; elle reparaît le lendemain ; le drain est enlevé le 12 septembre. L'opérée sort guérie le 16. Le 12 juin 1907, le Dr Vérin nous écrit que la malade va aussi bien que possible malgré ses 70 ans ; elle a eu en 1903 une crise de douleurs abdominales, dont la nature n'a jamais été bien caractérisée, mais, à par cet incident de quelques heures, elle n'a jamais souffert depuis son opération et a toujours joui d'une bonne santé.

Observation 8. — *Chlolécystite calculeuse suppurée. Cholécystostomie. Guérison.*

L... Eugénie, cuisinière, âgée de 43 ans, entre à l'hôpital Bichat le 17 septembre 1898.

Depuis deux ans, elle a des digestions difficiles, et des douleurs d'estomac. Ces troubles se sont accentués depuis un an, et s'accompagnent parfois de vomissements alimentaires; il y a un peu de sensibilité au creux épigastrique ; de plus la malade souffre de temps en temps de douleurs vagues, localisées dans l'hypochondre droit. Les douleurs ont augmenté progressivement. Elle n'y prête pas autrement d'attention, quand le 28 mars, apparaît une crise assez violente.

Ayant dîné comme d'habitude, la malade est prise au milieu de la nuit de douleurs abdominales, violentes, avec vomissements alimentaires et verdâtres, et fausses envies d'aller à la selle; ces douleurs sont surtout marquées dans la partie droite de l'abdomen, au niveau de l'hypochondre et de la partie supérieure du flanc droit. Les urines ne sont pas modifiées.

Pendant huit jours, la sensibilité abdominale est telle que tout mouvement est impossible; la malade se remet petit à petit, mais constate que le flanc droit est tuméfié et douloureux.

Elle reprend son travail quand, le 15 mai, elle est reprise de douleurs abdominales, siégeant d'abord au creux épigastrique, de vomissements uniquement alimentaires; les urines sont troubles ; la malade reste huit ou dix jours au lit, cette crise a été plus forte que la précédente.

Troisième crise le 24 juillet, celle-ci s'accompagne de nausées, sans vomissements; les douleurs irradient du flanc droit dans l'hypochondre, et en arrière vers l'omoplate droit. Les douleurs vives ne durent que vingt-quatre heures, mais néces-

sitent un repos au lit d'une dizaine de jours. Comme dans l'intervalle des précédentes crises, la malade conserve une douleur dans l'hypochondre, non modifiée par les repas, et augmentée par les mouvements, la marche, et quelquefois exaspérée sans cause apparente.

A la suite d'aucune de ces crises, n'est apparu d'ictère bien net, mais la malade dit qu'elle a constaté une teinte jaunâtre des conjonctives.

Antécédents. — La mère de la malade était goutteuse.

Il n'y a pas à relever de maladies dans le passé de la malade, à part celle qui nécessite son admission.

Elle a été réglée à 14 ans, et depuis le début de la maladie, les règles apparaissent tous les quinze jours : les crises sont survenues au moment des règles, qui étaient alors plus abondantes.

La malade a eu quatre grossesses.

État actuel. — L'inspection ne donne pas de renseignements.

Au palper, on constate, au-dessous du rebord costal droit, au niveau du bord externe du muscle droit, et à six centimètres de la ligne médiane, une tuméfaction, mal limitée, qui semble retrouver immédiatement sous la paroi abdominale antérieure ; elle est convexe en bas, de consistance dure, un peu sensible à la pression.

En faisant respirer largement la malade, on peut déprimer mieux la paroi surchargée de graisse et constater que la tuméfaction perçue d'abord était due à une contraction musculaire et plus profondément, en trouve, à la face inférieure du foie, une partie dure, douloureuse, donnant au palper bimanuel, la sensation de ballottement.

Le foie ne semble pas augmenté de volume.

La palpation est douloureuse ; les douleurs sont exagérées

au niveau de l'hypochondre droit ; il existe un point douloureux à l'épigastre, à égale distance de l'ombilic et de l'appendice xyphoïde.

La percussion, douloureuse également, fait constater une matité qui s'étend à quatre centimètres environ au dessous du rebord du cartilage de la dixième côte et se relève brusquement vers l'appendice xyphoïde. Pas de matité à l'épigastre.

Aux poumons, l'auscultation révèle l'existence de râles ronflants dans les grosses bronches. Au cœur (dont la matité est augmentée) elle fait constater un souffle de rétrécissement aortique ; les bruits sont assourdis à l'orifice mitral.

En fait de signes fonctionnels, la malade accuse des douleurs tolérables dans l'hypochondre droit, allant vers l'épigastre et irradiant vers les lombes ; la marche les exaspère, le repos au lit les calme.

L'état général est bon, le teint est jaunâtre, mais il n'a pas les caractères du teint subictérique. L'appétit est conservé, les digestions difficiles.

Les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine, ni bile ; 30 gr. 5 d'urée par litre ; densité : 1026.

Opération le 29 septembre 1898 par M. Hartmann. Cholécystostomie, ablation d'un calcul du volume d'une noisette.

Suites opératoires. — Le 5 octobre, la bile traverse le pansement. Le 7, le pansement n'en contient plus. Le 8, mise en place d'un drain plus petit. Le 12, une grande quantité de bile s'est écoulée dans le pansement. Le drain est enlevé le 19. Guérison sans incidents.

Observation 9. — *Cholécystite calculeuse suppurée. Cholécystectomie partielle. Cholécystostomie de la partie conservée de la vésicule. Guérison. Suites éloignées, 8 ans.*

G... Eugénie, âgée de 30 ans, sans profession, entre le 1er mars 1899, à l'hôpital Bichat.

Il y a trois ans, elle a eu un accouchement normal ; il y a dix mois, second accouchement, à la suite duquel apparaissent des pertes blanches qui durent trois semaines. Il y a un mois, elle aurait eu une péritonite avec vomissements, constipation, elle se serait rétablie au bout de trois semaines. Cette péritonite aurait débuté ainsi : la malade avait déjeuné comme d'habitude et était sortie l'après-midi, quand à 4 heures du soir, elle est prise brusquement d'une douleur violente dans la région épigastrique, sans irradiations bien nettes. Depuis trois jours avant l'apparition de cette douleur, la malade n'avait pas été à la selle ; il y a de la dysurie, et des vomissements verts surviennent qui continuent trois jours ; la malade pendant trois jours a eu de la fièvre.

État actuel. — Elle n'a ni douleur, ni écoulement vaginal. Le toucher montre un col gros, avec un orifice largement ouvert, mais non douloureux. L'utérus en rétroflexion, lui non plus n'est pas douloureux. Les culs-de-sac latéraux sont libres. Dans le Douglas, on sent une masse, qui n'est pas douloureuse.

Le palper abdominal fait constater un rein mobile dans le flanc droit, et, dans la région ombilicale, on sent une tumeur qui paraît être située au-dessous du foie ; elle est mobile, dure, indolore.

Les urines, de densité égale à 1028, ne contiennent ni sucre, ni albumine, ni bile ; urée 27 gr. 5 par litre.

Opération le 13 mars 1899, par M. Hartmann. Incision sur la partie externe du droit. Après ouverture du péritoine, la

vésicule est libérée facilement avec l'ongle sauf en un point où elle est soudée absolument avec le côlon ; la séparation ne peut être faite qu'à l'aide des ciseaux et du bistouri. La vésicule, complètement libérée, est énorme, à parois épaissies. La ponction aspiratrice en retire 250 gr. de liquide muco-purulent ; la vésicule est attirée dans la plaie, sa paroi inférieure est fendue ; on arrive ainsi plus près du cystique ; de son embouchure, un calcul est extrait ; il est ellipsoïde, du volume d'une noisette.

Résection des deux tiers de la vésicule ; fixation du reste de l'organe par des points séro-séreux au péritoine, par des points muco-cutanés à la peau. Fermeture de la plaie tout autour et fixation du côlon au péritoine pariétal. Drain dans la vésicule.

Suites opératoires. — Guérison sans incident, sauf une élévation de température le deuxième jour, accompagnée de vomissements abondants. Le drain est enlevé le 31 mars, la malade sort le 4 avril 1895.

Le trajet fistuleux se ferme au bout de deux mois. Depuis cette époque, la malade n'a plus jamais souffert, n'a jamais eu d'ictère. Le 14 mai 1907, elle est toujours en bonne santé et n'a plus jamais souffert depuis son opération.

Observation 10. — *Cholécystite calculeuse suppurée. Vésicule rétractée, cachée par un côlon adhérent. Cholécystotomie. Guérison.*

R... Antoinette, âgée de 30 ans, ménagère, entre le 1er avril 1899 à l'hôpital Bichat, pour troubles gastriques datant de trois mois. Toujours bien portante auparavant, elle a eu, il y a cinq mois, de la fin d'octobre 1898 au commencement de janvier 1899 une fièvre typhoïde traitée chez elle. Depuis sa guérison, elle souffre de troubles gastriques, caractérisés par des crises douloureuses survenant chaque soir, quelques

jours avant l'apparition des règles, et durant de trois à cinq jours ; ces crises débutent généralement dans la nuit, cinq ou six heures après le repas, par de vives douleurs, d'abord localisées au creux épigastrique et irradiant en ceinture à toute la partie supérieure de l'abdomen et le dos, elles sont plus marquées à droite qu'à gauche, et aboutissent à des vomissements alimentaires, puis bilieux. Dans l'intervalle des crises, la malade ressent seulement un peu de gêne et de pesanteur dans l'hypochondre droit. Elle n'a pas remarqué si à la suite survenaient de l'ictère ou une modification de la coloration des urines et des selles.

Etat actuel. — La malade ne souffre pas spontanément, son état général est bon, pas de facies spécial.

Au palper, on constate, dans la région supérieure et droite de l'abdomen, une tumeur piriforme du volume d'une grosse mandarine, à surface irrégulière, un peu douloureuse à la palpation. Cette tumeur est située à trois travers de doigt de la ligne médiane, immédiatement au-dessous du rebord costal droit, sur le bord externe du droit ; elle descend jusqu'un peu au-dessous du niveau de la ligne ombilicale, et suit les mouvements respiratoires. On peut la refouler facilement en arrière, à gauche et à droite, en la mobilisant en même temps vers le haut ; on ne peut la faire descendre de haut en bas ; au palper bimanuel on obtient du ballottement.

La percussion superficielle au niveau de la tumeur donne une bande de sonorité à sa partie inférieure. En déprimant la paroi abdominale, on trouve une matité qui se continue avec celle du foie. Le foie est abaissé, sa matité déborde le rebord costal dans toute son étendue, et de plus de trois travers de doigt dans sa portion la plus externe à droite.

On constate en outre de la dilatation de l'estomac ; pas de déplacement du rein.

Opération, le 5 avril 1899, par M. Hartmann. Incision verticale partant du rebord costal sur la partie externe du droit. Le ventre ouvert, on constate que le côlon transverse adhère au foie qui déborde notablement à droite le rebord costal. Une seconde incision est branchée, transversale sur la partie externe du muscle droit. Il est impossible de voir la vésicule, par suite de l'adhérence du côlon au foie. On le décolle au niveau de l'encoche hépatique qui indique la situation de la vésicule dans la profondeur, en poussant profondément à ce niveau le décollement du côlon, on arrive à découvrir la vésicule, elle est petite, ratatinée, ses parois sont épaissies, grisâtres, mais elle laisse écouler un peu de pus épais; les bords de l'incision de la vésicule sont saisis avec des pinces de Kocher et attirés, mais les parois friables de la vésicule se déchirent. A l'aide d'une pince et d'une curette, un premier calcul est enlevé par fragments, puis six autres du volume d'une bille, à facettes. Ils sont d'un blanc jaunâtre. Le dernier est remonté par des pressions exercées d'arrière en avant sur le cystique. La vésicule était développée en arrière et encastrée dans le foie où elle s'était creusé une loge. Drain dans la vésicule. Mèche au-dessous d'elle. La loge, dans laquelle se trouvent le drain et la mèche, est limitée en haut par le foie, en haut par le côlon.

Suites opératoires. — Vomissements le deuxième jour, avec fièvre à 38°2. Un peu de bile dans le pansement le dixième (14 avril). La malade sort le 24, guérie.

Observation 11. — *Cholécystite. Abcès indépendant dans la gaine du grand droit. Cholécystostomie. Ouverture de l'abcès. Guérison. Récidive de coliques hépatiques. Suites éloignées, 3 ans.*

Mme B..., 63 ans, est sujette, depuis une quinzaine d'années, à des coliques hépatiques. Ces coliques pendant très long-

temps ne se sont pas accompagnées d'ictère ; la première crise de jaunisse remonte à deux ans. Depuis six semaines elle souffre de coliques hépatiques à répétition avec ictère léger et fièvre 40°, 41°. En même temps sont survenues des douleurs épigastriques persistantes. Aussi la malade se décide-t-elle à entrer dans une maison de santé, rue Bizet.

État actuel. — Fièvre, subictère, douleur à la pression au-dessous du rebord costal, à peu près au niveau du bord externe du grand droit. En même temps, douleur et tuméfaction épigastrique sans altération de la peau.

Opération, le 1er mai 1899, par M. Hartmann. — Incision sur le bord externe du grand droit ; la vésicule pleine de bile, adhère au côlon transverse sans que celui-ci la cache. Ses parois sont souples ; on la ponctionne, il s'en échappe une bile brune, avec des flocons, sans concrétions nettement formées. Incision de la vésicule ; fixation à la paroi séro-séreuse et séro-cutanée. Drain.

Incision sur la tuméfaction épigastrique, intéressant la peau, la couche graisseuse, la face antérieure de la gaine du droit ; à la sonde cannelée, ouverture d'une collection suppurée située dans la profondeur de la paroi. Drain. Le péritoine, examiné par l'abdomen, était sain au niveau de cette collection profonde.

L'examen du pus de l'abcès, pratiqué par M. Papillon, a montré du pneumobacille pur. Guérison.

Suites éloignées. — Jusqu'en 1901, la santé de l'opérée reste parfaite.

Vers le 20 juin, survient une crise de coliques hépatiques avec ictère ; en juillet, la malade à des crises les 15, 25, 26, 27 et 28, les 18 et 26 août, en septembre les 1er, 9, 10, 15, 20, 23, 24, 25 et 26. Cette dernière et très forte, ne se calme qu'avec 4 centigrammes de morphine ; La malade reste jaune

foncé pendant deux jours, sans fièvre. Elle était jusque-là au lait, aux œufs et aux potages ; puis tout s'arrange sans que jamais il y ait eu de fièvre. Revue dans le courant de 1902, elle continue à bien se porter.

Observation 12. — *Cholécystite calculeuse suppurée. Cholécystotomie. Guérison. Suites éloignées, 3 ans.*

L... Stéphanie, 38 ans, journalière, entre le 25 juillet 1899, à l'hôpital Bichat. La maladie actuelle remonterait au 21 mai 1899. Ce jour-là, elle a été prise brusquement de très vives douleurs au creux épigastrique, très intenses, continuelles, quoiqu'un peu plus aiguës après le repas. Déjà, au moment de ses règles, la malade avait toujours eu des crampes d'estomac. Néanmoins, après la crise violente de mai, elle continue à travailler, mais elle était obligée de se plier en deux, elle reste quinze jours dans cet état ; elle se décide alors à consulter un médecin, qui diagnostique des gastralgies, la met au lait et à l'eau de Vichy. Pendant la nuit, les douleurs ont beaucoup augmenté, restant toujours localisées au même endroit, bien qu'un peu plus fortes à droite ; elles irradiaient entre les omoplates et aux épaules, en bas, du côté des reins. La paroi abdominale, très sensible d'habitude, ne pouvait supporter aucun contact. La malade a eu quelques vomissements de glaires.

Cette crise a duré douze heures ; à la suite, la malade est restée alitée quelques jours, se sentant fatiguée ; les douleurs spontanées avaient beaucoup diminué ; mais le moindre mouvement les rendait plus vives.

Quand la malade a pu se lever, elle a pu travailler, mais la fatigue survenait vite. Les selles étaient jaunâtres.

Huit jours après, environ, les douleurs sont revenues pendant la nuit, avec autant de violence et de durée que la première fois.

Le 12 juin, nouvelle crise, un jour avant les règles dont la date d'apparition habituelle est avancée de sept jours.

Jusqu'au 12 juillet, la malade a une crise la veille de l'apparition des règles, qui, comme les précédentes, sont très abondantes.

Le 24, la malade a une crise très intense, qui s'est terminée vers dix heures le lendemain. Elle entre ce jour-là salle Louis ; elle présente à ce moment de l'ictère, elle compare sa coloration à celle de la purée de pois ; l'entourage de la malade s'en était aperçu avant elle, qui n'avait rien remarqué de semblable ; à ce moment, les urines sont noires, les selles décolorées. Le soir de l'entrée, la température monte à 39°.

L'ictère ayant complètement cessé, la malade a une nouvelle crise le 13 août ; elle dure environ douze heures ; la température, qui, la veille, était à 37°8 monte à 39°. Du 26 août au 4 septembre il y a de la fièvre un peu irrégulière, la température oscillant entre 38°2 et 39°5.

L'ictère diminue depuis le 4 septembre, la température tombe à la normale.

Quatre jours avant l'entrée en chirurgie (11 septembre), elle a de l'œdème des pieds. Elle a recommencé à manger depuis quelques jours.

Depuis le mois de mai, elle a beaucoup maigri.

Comme *antécédents*, elle dit que son père est mort tuberculeux ; elle-même a eu la fièvre typhoïde à huit ans ; réglée à onze ans, elle a eu sept accouchements, le premier a dix-huit ans. Trois des enfants sont morts de méningite. Deux seulement sont vivants. La malade a eu une broncho-pneumonie à droite, en 1891.

État actuel. — La peau présente une teinte subictérique, l'œdème des pieds a disparu.

La matité hépatique commence sous le mamelon et descend jusqu'au rebord costal, sur une étendue de onze centimètres. La matité splénique mesure trois travers de doigt.

Au palper, on trouve, au-dessous du rebord costal, au niveau de l'articulation des neuvième et dixième côtes, une partie dure, qui au moment des grandes inspirations, une main étant appliquée à plat sur la région, paraît être le bord tranchant du foie qui se prolonge, à travers la région épigastrique jusque dans l'hypochondre gauche. Il est impossible de sentir la vésicule biliaire, mais la pression le long du bord du foie, à 5 centimètres en dehors de la ligne médiane, est très douloureuse.

Il n'y a pas de ptose rénale.

Le ventre flasque, aminci, laisse voir les anses intestinales sous-jacentes.

Les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine, ni bile ; leur densité est de 1.010 ; urée : 6 gr. 45 par litre.

Opération, le 15 septembre 1899, par M. Hartmann. — Incision verticale sur le bord externe du droit. La vésicule est petite, ratatinée sous le bord du foie, et cachée par de nombreuses adhérences épiploïques, son fond est grisâtre. Dès qu'il a été incisé, du pus s'écoule. Plusieurs petits calculs, et un gros, à facettes sont extraits avec le doigt et la curette.

Fixation de la vésicule au péritoine par des catguts fins. Drain, suture du péritoine au catgut, de la couche musculaire à la soie, de la peau avec des crins.

Suites opératoires. — Guérison sans incident ; jusqu'au 30 septembre, de la bile s'écoule en grande quantité dans le pansement.

Sort le 14 octobre, ne s'est jamais plainte de son foie jusqu'en 1902, époque où elle est morte de tuberculose.

Observation 13. — *Cholécystite aiguë, infectieuse, avec état typhoïde. Cholécystotomie. Guérison. Suites éloignées, 6 ans.*

Mlle C..., 21 ans, infirmière, entre le 18 septembre 1899, à l'hôpital Bichat, pour des douleurs abdominales, avec vomissements et fièvre, datant de trois jours.

Depuis trois semaines, la malade était fatiguée, avait mal à la tête; elle ne dormait plus, avait perdu l'appétit; il y a trois jours, elle fait son service de veilleuse, et, dans l'après-midi, elle est réveillée, quelques heures après son déjeuner, par une très violente douleur dans le ventre. Cette douleur, très aiguë, n'est pas localisée, elle envahit tout l'abdomen, tellement vive qu'on ne peut toucher la peau du ventre.

Deux heures après, surviennent des vomissements alimentaires, puis bilieux, qui durent jusqu'à 8 heures du soir ; à ce moment, la douleur tendait à se localiser à droite, sans que l'on en puisse préciser le maximum. La malade reste alitée la journée du lendemain, souffrant toujours beaucoup. Mais la douleur devient plus nette, siégeant vers la partie supérieure et droite de l'abdomen. La malade est toujours très abattue, très fatiguée, ayant très mal à la tête. Dans la journée, elle ne vomit pas, mais a cinq selles, non diarrhéiques.

La nuit du 17 au 18 est mauvaise, la malade n'a pas dormi, souffre toujours, le matin; elle a une selle diarrhéique. On la transporte à Bichat.

Le soir du jour de l'entrée, on trouve la malade abattue et fatiguée. Sa température est à 39°4, le pouls bat à 116 ; les dents sont fuligineuses, la langue sèche, rouge à la pointe et aux bords; la malade vomit un peu de bile, et dans la nuit, a une diarrhée abondante et fétide. Elle est envoyée d'Aubervilliers à Bichat avec le diagnostic d'appendicite infectieuse, l'interne qui la voit fait le diagnostic de fièvre typhoïde.

Le lendemain 19, la température est à 38°6.

État actuel. — Le ventre n'est pas ballonné ; il est douloureux partout, cependant, à droite, au-dessus de la ligne allant de l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure, la douleur est exquise ; elle remonte vers le foie, dont elle atteint le bord inférieur. Au contraire, en explorant vers le petit bassin, on voit qu'elle est moindre, et est à peu près nulle dans la fosse iliaque. Il existe une contracture de défense à droite, surtout marquée à la partie supérieure du grand droit du côté droit ; à gauche, le muscle se contracte aussi, mais notablement moins ; à la percussion, le ventre est sonore, submat cependant dans la région douloureuse, où l'on retrouve la sonorité à la percussion forte.

On ne peut percevoir aucun empâtement, aucune masse profonde. L'aspect de la malade est celui d'une typhique, un peu prostrée, répondant mal aux questions.

L'interrogatoire de la malade apprend que jamais elle n'a eu de semblables crises, ni de douleurs abdominales ; quelquefois, elle se plaint d'avoir mal à l'estomac, sans que cela ait de rapports avec son régime alimentaire ; elle ne vomit pas. Elle a eu la rougeole il y a deux ans, et depuis quatre ans, elle a des crises de névralgie faciale gauche. Réglée à 16 ans, régulièrement, ses règles ont été plus abondantes le mois dernier. Elle a eu un enfant il y a quatre ans.

Les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine, densité : 1.015 ; urée : 29,463 par litre.

Opération, le 19 septembre 1899, par M. Hartmann. — Incision sur le bord externe du droit, commençant à un travers de doigt au-dessous du rebord costal et s'arrêtant à deux doigts au-dessus de l'arcade crurale. A l'ouverture de l'abdomen, il s'écoule une petite quantité de liquide citrin. La région appendiculaire semble saine ; au contraire, à la partie supé-

rieure de l'incision, apparaît une tumeur recouverte par l'épiploon descendant en bas sous la lèvre interne de la plaie jusqu'au niveau de l'ombilic. En insinuant le doigt au-dessus, on trouve le bord tranchant du foie, et la continuation de la tumeur avec la face inférieure de celui-ci.

Après débridement transversal branché sur la première incision, on tombe sur une tumeur brune, du volume du poing, recouverte par l'épiploon et le côlon transverse qui lui adhèrent mollement, et peuvent être décollés facilement. Après limitation du champ opératoire, ponction qui ramène 150 cc. de liquide grisâtre, un peu floconneux. La tumeur incisée, on reconnaît qu'elle est bien constituée par la vésicule biliaire. Il s'en écoule encore un peu de liquide louche, puis de la bile jaune d'or, bien différente du liquide écoulé au début. Aucun calcul n'est senti.

Drain, fixation de la vésicule, mèche au-dessous. Une suture de l'épiploon et du foie encercle la vésicule.

Le liquide retiré de la vésicule a une couleur blanc sale, une réaction alcaline, une densité de 1.005; il contient par litre 20 gr. 50 de matières fixes, 11 gr. 25 de matières organiques, 9 gr. 30 de matières minérales, 8 gr. 35 de chlorure de sodium; on y trouve de la mucine, des acides biliaires, des traces d'acide sulfurique, de la soude, pas d'acide phosphorique, pas de potasse.

Suites opératoires. — La température reste entre 39°2 et 39°8 le 19 et le 20, tombe à 38°4 le lendemain pour atteindre progressivement la normale le septième jour. Le surlendemain de l'opération, la malade a un meilleur aspect. Le 24, plus de bile dans le pansement, mais on y trouve un liquide filant, visqueux, transparent, jusqu'au 28. Le drain est enlevé le 29. Les 5, 6 et 8 octobre, il s'écoule de la bile. L'opérée sort guérie le 20.

Depuis cette époque, elle s'est toujours bien portée, elle a été revue en 1905.

Observation 14. — *Cholécystite calculeuse. Cholécystomie. Guérison. Suites éloignées, 5 ans.*

T. Émilie, 54 ans, marchande de quatre-saisons, entre dans le service de la chirurgie de l'hospice d'Ivry, le 1er mai 1900.

La maladie actuelle a commencé il y a huit mois environ par de l'anorexie, et un dégoût électif pour la viande, par des pituites matutinales, survenant de temps en temps, de la valeur d'un demi-verre.

Pendant cette période, elle n'a vomi que quatre ou cinq fois, ces vomissements étaient alimentaires. Elle a éprouvé des douleurs, survenant à intervalles de deux ou trois jours, consistant en coliques dans tout l'abdomen, sans relations avec les repas. Elles survenaient surtout quand la malade était debout aux Halles, l'obligeant parfois à s'arrêter. Aussitôt après le déjeuner, survenait une sorte d'irritation vésicale, obligeant la malade à uriner immédiatement.

En novembre, elle est allée consulter à la Pitié, où l'on a fait le diagnostic de gastralgie et conseillé un régime consistant en œufs et lait.

Elle a beaucoup maigri depuis ces huit mois.

Dans ses *antécédents*, on trouve que la malade a souvent des crampes dans les jambes, et des cauchemars la nuit. Elle a eu douze grossesses.

État actuel. — On constate à droite, au-dessous du foie, par le palper bimanuel, une tumeur arrondie, du volume d'une orange, mobile, un peu sensible à la pression, suivant les mouvements respiratoires.

Rien dans les urines.

Opération, le 15 mai 1900, par M. Hartmann. — Incision

sur le bord externe du muscle droit, longue de 10 centimètres. Comme le foie n'atteint pas le bord costal, la vésicule se trouve en partie cachée sous l'hypochondre. Elle est moyennement distendue et donne au toucher la sensation d'un choc de graviers. On la saisit avec deux pinces de Kocher et, par des tractions douces, on l'amène dans la plaie. Après avoir limité avec des compresses et de la gaze, le champ opératoire on fixe la partie supérieure de son fond par des points non perforants à l'angle supérieur de la plaie pariétale ; son fond est incisé, il sort un peu de bile jaune-verdâtre. Avec une pince et une curette on enlève un grand nombre de calculs. Explorant avec le doigt la face inférieure de la vésicule et du canal cystique, on fait remonter un grand nombre de calculs et finalement un assez gros de l'origine du cystique. Fixation imparfaite de la vésicule à la peau. Drain (le nombre des calculs enlevés est de 167 ; ils sont généralement petits, quelques-uns atteignent cependant le volume d'une noisette).

Suites opératoires. — Le 22, on enlève le drain qui est rempli de calculs, 36 ; il est remis ; le 25, 14 calculs ; le 27, 4 ; le 29, 11 ; les 8, 16, 24, 28 juin et le 4 juillet on enlève encore des calculs. La malade va bien, malgré un écoulement bilieux par la fistule. Elle quitte l'hôpital le 4 juillet. En août la fistule se ferme. En 1905 nous la revoyons, la fistule est restée fermée et la malade s'est toujours bien portée depuis l'opération.

Observation 15. — *Cholécystite calculeuse. Cholécystostomie. Guérison. Suites éloignées 7 ans.*

S... Louisa, 46 ans, entre le 22 août 1900, à la Pitié. La malade, qui, depuis huit à dix jours, était mal à l'aise, s'alite le 6 août ; son médecin constate qu'il y a des douleurs abdo-

minales, de la fièvre (39°), de la torpeur, de l'insomnie, des maux de têtes et remarque des taches rosées. Il fait le diagnostic de fièvre typhoïde.

Le 12 août, dans l'après-midi, la malade est prise d'une douleurs très violente dans la région lombaire droite qui s'étend en avant, et irradie à tout le ventre, le 13, la température monte à 40°; il y a des vomissements, des nausées, du hoquet ; le ventre est partout douloureux, mais à droite, il y a de la défense musculaire. Le 16 août, on constate à deux doigts à droite de l'ombilic une tuméfaction de la grosseur d'une orange ; le 18 la température monte à 40°3 ; le 19, vomissements de nouveau.

État actuel. — Au-dessous du rebord costal droit, s'étendant un peu obliquement en bas et en dedans jusqu'à un niveau inférieur à celui de l'ombilic, sur une hauteur de 10 centimètres, on trouve une tuméfaction au niveau de laquelle une percussion superficielle donne de la sonorité, alors qu'en déprimant la paroi, on obtient une matité séparée de celle du foie par une zone sonore.

Opération, le 22 août 1900, par M. Hartmann. — Incision sur le bord externe du droit, partant du rebord costal, jusqu'au dessous de l'ombilic. La face inférieure du foie adhère à l'épiploon qui cache la tuméfaction de la vésicule biliaire facilement perceptible au palper. L'épiploon est décollé et abaissé, la vésicule est détachée de ses adhérences, et amenée au dehors ; ses parois sont manifestement épaissies. Après ponction, le premier liquide qui vient est séropurulent ; il en sort 80 cc. environ, puis 200 cc. d'un liquide jaune ; au palper on sent quelques corps irréguliers. La vésicule est alors incisée et de très nombreux calculs en sont extraits. Résection partielle de la vésicule ; le côlon et l'épiploon sont suturés au-dessous d'elle ; une

mèche de gaz est placée dans le décollement résultant de la séparation de la vésicule et du côlon, qui saignent en nappe. Suture à l'aide de points non perforants des parois de la vésicule, à droite, à gauche et en haut. Fermeture du péritoine au catgut, après mise en place d'une mèche séparant la vésicule de la paroi au niveau de sa section et suture de la paroi de la vésicule aux lèvres de la plaie.

La quantité de liquide retirée de la vésicule par ponction est de 150 cc. ; après repos, ce liquide se sépare en deux couches, la profonde, haute de 4 centimètres, est constituée par du pus grisâtre ; la couche supérieure, haute de 4 centimètres, est formée par un liquide citrin, dans lequel on aperçoit quelques longs filaments muco-purulents.

Le nombre des calculs extraits est de 128 ; leur volume varie d'un grain de blé à une amende de pin.

Suites opératoires. — La température tombe immédiatement à 37° et reste normale à partir de ce moment. Les mèches sont enlevés le 28 ; le 5 septembre le drain est remplacé par un plus petit qui est progressivement raccourci puis retiré le 20 septembre. La malade quitte l'hôpital, bien portante, le 25, portant une fistule biliaire.

En janvier 1906 elle rentre à l'hospice d'Ivry pour faire fermer sa fistule. Excision après dissection des bords, suture à deux plans. Guérison.

Revue le 8 juin 1907, très bien portante, cicatrice simple sans éventration, n'a jamais eu de crises douloureuses, ni de crampes d'estomac depuis son opération. Ne suit aucun régime, mange de tout, de temps en temps légers tiraillements, mais très supportables. Le teint est clair.

Observation 16. — *Cholécystite calculeuse suppurée. Cholécystostomie. Guérison. Suites éloignées, sept ans.*

Mme B..., 58 ans, entre le 29 août 1900, dans le service de chirurgie de l'hospice d'Ivry, pour des douleurs dans le côté droit de l'abdomen. Le 14 juillet, après dîner, elle est prise d'une crise de douleurs siégeant au niveau du pli de l'aine et remontant vers la région du foie; la douleur est extrêmement vive, lancinante, obligeant la malade à se coucher. Elle n'a eu de selles que quatre ou cinq jours après; celles-ci ne présentaient rien de particulier; les urines sont un peu plus foncées. Il n'y a pas de vomissements, mais peut-être un peu de fièvre. La malade n'a pas d'ictère.

Depuis, la douleur est remontée, elle est continue, sauf quand la malade est couchée de certaine façon, ou qu'elle a de la glace sur l'abdomen ; la malade n'a pris que du lait et des lavements. Ses urines sont normales.

Jamais la malade n'a eu d'affection grave, elle a été bien réglée, a eu sept enfants, tous bien portants; il y a dix ans, à la ménopause, elle a eu des malaises d'estomac qui ont disparu au bout de deux ans. Deux fois, il y a dix ans, elle a eu des crises de coliques, analogues à la crise actuelle, au niveau de la fosse iliaque droite, sans modification des urines ou des selles, elles duraient deux ou trois jours, avec un peu de fièvre.

Lorsqu'elle est fatiguée, elle a souvent des douleurs dans la région lombaire. Elle a un peu maigri.

État actuel. — La malade est un peu plus fatiguée ; elle ne souffre pas depuis deux ou trois jours ; les douleurs étaient d'ailleurs devenues moins vives depuis qu'elles étaient remontées sous les fausses-côtes; elles sont localisées suivant une ligne verticale allant de l'extrémité antérieure de la dixième côte à l'épine iliaque antéro-supérieure.

Le foie s'étend de la septième côte. Sa matité s'arrête à gauche, au voisinage de la ligne médiane, au niveau du bord antérieur de la neuvième et de la dixième côte, il se détache du bord inférieur du foie, une zone saillante s'étendant verticalement sur une longueur de 6 centimètres, transversalement de trois travers de doigt à droite de la ligne médiane, sonore à la percussion superficielle, à sonorité moindre à la percussion profonde, et, en déprimant davantage, la sonorité primitive revient. Cette partie a des contours arrondis, un peu convexes en bas, difficiles à délimiter, résistante, douloureuse, surtout en arrière ; elle suit les mouvements respiratoires et donne la sensation de battement. Il semble qu'entre elle et le foie existe un sillon profond.

Les points les plus douloureux varient et se déplacent. La fosse iliaque droite et la région épigastrique sont sensibles.

Au niveau de la lèvre droite du col utérin, on trouve un petit polype, avec, à sa base, une légère érosion.

Opération le 5 septembre 1900, par M. Hartmann. — Incision sur le bord externe du droit; après libération du foie d'avec le côlon, la vésicule est mise à nu, volumineuse, ses parois sont dures et épaisses. Saignement en nappe à la suite de ce décollement. Tamponnement avec une compresse de gaze au niveau du décollement du côlon et de la vésicule. Limitation du champ opératoire. La vésicule est ponctionnée, on en extrait 200 cc. de liquide muco-purulent, puis incisée, ses parois scléreuses sont épaisses d'un centimètre. Le doigt sent dans le cystique un gros calcul; après son ablation, il s'écoule un peu de bile jaune.

Fixation de la vésicule par des points séro-séreux, puis muco-cutanée, à gauche et à droite. Au-dessus, mèche de gaze séparant la vésicule des sutures, au-dessous, mèche

pénétrant jusque dans le décollement entre la vésicule et le côlon transverse. Drain dans la vésicule.

Suites opératoires. — Guérison sans incidents. L'opérée sort le 2 octobre. Le 11 juin 1907, la malade nous écrit qu'elle n'a plus ressenti aucune douleur à la suite de son opération et qu'elle est actuellement en bonne santé.

Observation 17. — *Cholécystite calculeuse suppurée. Cholécystostomie. Guérison. Suites éloignées, six ans.*

Mme K..., 33 ans, entre rue Biret, le 8 octobre 1900, pour des douleurs dans le flanc droit, des vomissements, avec une forte fièvre.

Dans ses antécédents, on relève à l'âge de 15 ans, une fièvre typhoïde. Elle a eu deux grossesses, l'une terminée par une fausse couche de six mois, l'autre, dix mois après, terminée par un accouchement à terme, pénible et suivi de phlébite.

Dix jours après la fausse couche, en 1884, survient une crise de coliques hépatiques, probable, mais sans ictère.

Étant enceinte pour la seconde fois, en 1885, elle est prise tous les deux ou trois jours, de crises de coliques hépatiques avec ictère; cet état se répète pendant deux mois.

En 1889, tous les deux ou trois jours, pendant deux mois, surviennent des crises de colique hépatique sans jaunisse.

Jusqu'en mai 1895, la santé de la malade est à peu près bonne, mais elle a alors un érysipèle de la face, et en novembre de cette année, une crise de foie sérieuse, avec fièvre, ballonnement du ventre, sans ictère. Pendant deux ans, elle a parfois de petites crises sans fièvre, en 1898, se produit une crise sans ictère, avec fièvre, sensibilité et ballonnement du ventre, nécessitant un repos de six semaines.

Malgré un régime et une hygiène sévère, la malade a parfois, jusqu'en 1900, des crises sans fièvre.

Le 27 septembre 1900. — Elle est prise subitement de douleurs violentes, non plus au creux épigastrique, comme dans beaucoup de petites crises, mais dans le flanc droit; il y a des vomissements épais, bilieux. D'emblée, la température oscille une semaine entre 39°, 39°3 le matin, 39°5, 40° le soir.

État actuel. — La malade rapporte ses douleurs au creux épigastrique, mais l'examen direct montre que c'est au bord externe du muscle droit que siège le maximum des douleurs, surtout lorsqu'on pratique le ballottement.

Opération le 10 octobre 1900, par M. Hartmann. — Incision sur le muscle droit, au niveau de son bord externe, allant du rebord costal à la hauteur de l'ombilic.

A l'ouverture de l'abdomen, le foie déborde le rebord costal. Au-dessous de lui, le fond de la vésicule apparaît, épaissi, rougeâtre, adhérant au-dessous à l'épiploon et au côlon transverse.

La ponction ramène 150 cc. de pus. Le fond de la vésicule est incisé ; la curette à bascule ramène 91 calculs, le dernier à 11 centimètres au fond de la vésicule; une fois qu'il a été enlevé, la bile coule. L'intérieur de la vésicule est tomenteux.

Six catguts non perforants fixent la vésicule aux bords de l'incision péritonéale. Drain avec deux mèches, l'une au-dessus, l'autre au-dessous.

Réunion du reste de la plaie, par une suture à trois étages.

Le pus examiné contenait du streptocoque pur.

Suites opératoires. — Ablation des mèches le 14.

L'opérée sort le 1er novembre, guérie. Depuis cette époque, la malade n'a plus jamais souffert du foie. Elle a été opérée pour une salpingite deux ans plus tard par M. Hartmann et se porte toujours très bien (en 1906).

Observation 18. — *Cholécystite calculeuse, infectieuse, puerpérale. Cholecystotomie. Guérison. Suites éloignées, six ans.*

Mme B..., 29 ans, a eu une première grossesse en 1894, accouchement laborieux, nombreuses et infructueuses applications de forceps, finalement embryotomie. En 1897, accouchement à terme, normal, d'un enfant pesant 3.400 grammes ; la radiographie montre une asymétrie de la filière pelvienne. (Pinard).

En 1901, le 3 mars accouchement à terme au forceps, par le professeur Pinard d'un enfant de 3.735 grammes, à 9 h. 1/2 du matin. Délivrance à 10 heures ; une injection intra-utérine n'est pas supportée, le pouls monte à 130.

A midi et demi la malade est plus calme mais a une paroi abdominale tendue et horriblement douloureuse. Le moindre mouvement, la moindre pression exaspèrent les douleurs et font pousser des plaintes. Le pouls est descendu à 96. État nerveux. Vomissements fréquents pendant la journée. Le soir, 37°6 ; 96 pulsations.

Le 5, 37°5, 92 pulsations, les vomissements ont cessé mais le ventre reste aussi douloureux. Le soir, sensation de froid sans frisson ; 37°6 ; 94 pulsations.

Nuit encore douloureuse.

Le 6 au matin, 38°, 100 pulsations, les douleurs sont moins violentes. Le soir, 39°8, 104 pulsations. Une injection intra-utérine provoque des contractions violentes de l'utérus, des cris, une respiration difficile.

Agitation toute la nuit malgré deux injections de morphine.

Le 7, 39°, 100 pulsations, diarrhée sanguinolente, douleurs vives dans la région du foie et du côlon transverse. Le soir, 39°, 140 pulsations.

Le 8, 38°8, 100 pulsations matin et soir ; selles d'heure en heure, mais d'apparence normale ; éructations douloureuses ;

muqueuse buccale œdématiée, haleine fétide. Pinard et Dieulafoy pensent à une intoxication hydrargyrique malgré le peu de liquide introduit dans l'utérus. Décoction blanche de Sydenham et lait.

Le 9, 38°6, 96 pulsations le matin, le soir 38°7, 104 pulsations dans la journée, selles touts les deux heures d'odeur infecte.

Le 10, 38°2, 98 pulsations, le matin 38°2, 96 pulsations le soir ; garde-robes toutes les deux heures ; les douleurs abdominales ont cessé, mais la moindre pression est douloureuse.

Le 11, 38°1, 96 pulsations le matin ; 38°7, 112 pulsations le soir. État nauséeux, horripilation ; douleur spontanée et très vive au niveau de la fosse iliaque droite. Nuit agitée.

Le 12, 39°, 112 pulsations le matin et le soir ; la diarrhée est arrêtée mais l'état général est plus mauvais, le facies grippé ; il existe une douleur violente dans le flanc droit.

Le 13, 39°3, 112 pulsations le matin, le ventre étant moins tendu et moins douloureux, M. Pinard constate que tout paraît normal dans la région sous-ombilicale, mais au niveau de la région de la vésicule biliaire il constate la présence d'une tumeur du volume de grosse orange. A ce moment la malade lui dit : « Vous tenez mon orange » et lui apprend qu'elle a eu une première crise douloureuse avec maximum dans la région hépatique, en septembre 1899 ; que de septembre 1899 à janvier 1900, c'est-à-dire en quatre mois, elle a eu une trentaine de crises semblables. Les crises ont toujours lieu la nuit et s'accompagnent dès leur début de la production d'une tumeur à droite, au-dessous du foie, du volume d'une orange, visible à l'œil, douloureux à la pression. Au bout de quatre ou cinq heures, tout a disparu, douleur et tumeur. De janvier à juillet période de calme pendant un voyage en Orient. En août au roisième mois de la grossesse, dernière crise très bénigne. En

présence de ces faits M. Pinard porte le diagnostic de cholécystite, qui est partagé par M. Dieulafoy.

Le 14, 40° le matin, 40°4 le soir, 112 pulsations.

Le 15 au matin, grand frisson, subdelirium.

Opération le 15 mars 1901, à midi par M. Hartmann. — Incision sur la partie externe du grand droit. Le ventre ouvert on constate que le foie remplit toute la région épigastrique. Au-dessous de lui et lui adhérant mollement on voit l'estomac et le côlon transverse. On libère facilement ces organes et l'on découvre une vésicule biliaire énorme, à parois rigides, épaissies, indurées. Le champ opératoire étant limité avec des compresses, on fait une ponction avec l'appareil Potain qui ramène un liquide bilieux, verdâtre, épais au début, franchement purulent à la fin. Incision de la vésicule, pas de calcul. Suture de la vésicule par des points séro-séreux aux deux lèvres de la plaie, une mèche au-dessus, une au-dessous, drain volumineux dans le vésicule, fermeture du reste de la plaie.

Suites opératoires. — La température reste à 40°, 40°2 pendant les quarante-huit premières heures, puis baisse progressivement. Le subdelirium cesse le lendemain de l'opération. Le deuxième jour, pansement, un peu de bile. Le cinquième jour, écoulement plus abondant de bile brunâtre, épaisse, ablation des deux mèches ; le huitième, un calcul du volume d'un gros pois chiche, mûriforme vient avec le drain au moment où on le retire pour le laver. Ce drain est retiré le le seizième jour et la malade guérit complètement, la fistule se fermant spontanément cinq semaines après l'opération.

Depuis cette époque la malade n'a plus eu d'accidents. En mars 1907, elle nous écrit encore, à l'anniversaire de son opération, pour nous dire qu'elle n'a plus jamais souffert du foie et qu'elle se porte très bien.

Observation 19. — *Cholécystite calculeuse suppurée. Cholécystotomie. Guérison. Suites éloignées, cinq ans.*

Mad. F.., 36 ans, entre rue Bizet le 21 juin 1901. Le 27 mai, elle a éprouvé des douleurs à l'épigastre et dans le ventre; le 28, les règles apparaissent à leur époque normale ; dans la semaine, surviennent quelques douleurs qui n'arrêtent pas la malade ; le 1er juin, elle est prise brusquement de vomissements bilieux avec diarrhée et douleurs vives à la région épigastrique, irradiant jusque dans les reins ; le 2 juin, ces douleurs se localisent vers l'hypochondre droit et le point de Mac Burney, à droite de l'ombilic ; elles sont très violentes ; la malade rejette le lait qu'elle a pris, elle a cinq ou six selles gluantes ; une piqûre de morphine la soulage. Depuis, les douleurs ont persisté, s'accompagnant de constipation. Les urines sont normales, il n'y a pas de fièvre, ni de réaction péritonéale. Le pouls oscille entre 75 et 95, plein et régulier. Au début, il n'y a pas de défense musculaire.

Le 4 juin, l'état général est très bon, les conjonctives, depuis le matin, sont légèrement teintées en jaune; la température est de 38°. On constate une tuméfaction, dure, occupant tout l'hypochondre droit, depuis le foie, avec lequel elle semble se continuer, jusqu'à la moitié supérieure de la fosse iliaque, effleurant exactement le point de Mac Burney. En arrière, on retrouve la tuméfaction dans la région rénale. Quand on la prend entre les mains, on a la sensation de tenir une masse homogène qui occupe toute la région.

Le 12, cette masse a légèrement diminué, la douleur est moins aiguë. Le 13, la malade a une crise de douleurs très aiguës au niveau de la tuméfaction, qui dure deux heures et nécessite une piqûre de morphine.

La température retombe à la normale et le 20, l'état général est bon, le ventre est souple et indolent, sauf à droite.

État actuel. — Dans l'hypochondre droit, au palper, on trouve une tuméfaction assez mal limitée, à convexité inférieure douloureuse ; la pression réveille une douleur vive à peu près au point de Mac Burney.

La percussion au niveau de la tuméfaction, donne à sa partie inférieure de la submatité ; dans sa partie supérieure, la percussion superficielle donne de la matité ; la sonorité revient quand on déprime la paroi.

Opération le 24 juin 1901, par M. Hartmann. — Incision partant du rebord costal, sur le bord externe du droit. Le foie déborde ; au-dessous de lui, la vésicule apparaît, grisâtre, très volumineuse, adhérente au côlon et à l'épiploon ; on doit la libérer un peu pour pouvoir l'amener dans la plaie. Ponction avec le trocart moyen de Potain. Aspiration de 75 cc. de muco pus. Limitation du champ opératoire ; la vésicule est incisée verticalement ; on en extrait successivement 103 calculs, jaunes, à facettes, dont le volume varie de celui d'un pois à celui d'une bille un peu de bile ; apparaît, après cette extraction.

Un surget non perforant fixe la vésicule au péritoine. Réunion de la paroi à trois étages, après fixation à droite et à gauche de la vésicule à la peau par une soie. Au-dessus et au-dessous, on place deux mèches de gaze. Drain dans la vésicule.

La culture du pus a donné du bactérium coli pur.

Suites opératoires. — Le drain est raccourci le 2 juillet ; le 8, on trouve un calcul dans le pansement, le 14, la malade se lève. Il persiste une fistule donnant chaque jour une petite quantité de bile.

Cette fistule est fermée le 1 décembre. Excision du trajet sans ouverture du péritoine, suture avec des catguts non perforants de la vésicule dont la partie contenant le trajet est exci-

sée ; tamponnement iodoformée de la plaie pariétale laissée ouverte. Guérison.

La fistule reste fermée depuis ce moment. La malade n'a plus jamais souffert du foie. Nous la revoyons en 1905, époque où elle vient nous consulter pour une métrite. Il n'y a jamais eu le moindre trouble du côté du foie ou de l'estomac depuis l'opération pratiquée en 1901.

Observation 20. — *Cholécystite calculeuse suppurée. Cholécystectomie partielle et cholécystotomie. Ablation de plusieurs calculs. Guérison. Résultats éloignés, quatre ans.*

Mme D..., 46 ans, a été soignée pour des crises de gastralgie pendant des années. Depuis six semaines, elle a des douleurs nettement localisées dans l'hypochondre droit, un léger subictère.

Etat actuel. — Le foie déborde un peu, au-dessous de lui, au niveau du bord externe du grand droit, on sent une tuméfaction mal limitée, douloureuse à la pression.

La température monte à 38°5, 38°8 chaque soir, depuis trois semaines.

Opération (rue Bizet) le 18 septembre 1901, par M. Hartmann.

Suites opératoires. — Le jour de l'opération, la malade reçoit 1.900 centimètres cubes de sérum dans le tissu cellulaire. Les mèches sont enlevées le 23, mise en place d'un drain plus petit le 29, suppression du drain le 3. La malade commence à se lever le 9 octobre, le 10 il y a un écoulement de bile abondant.

Revue en 1905, toujours bien portante.

Observation 21. — *Cholécystite calculeuse suppurée. Cholécystectomie partielle. Fistule biliaire. Fermeture chirurgicale de la fistule. Guérison. Suites éloignées, cinq ans et demi.*

Mme L..., âgée de 49 ans, a été prise, il y a sept ou huit ans,

en chemin de fer, de douleurs extrêmement violentes, en coup de pistolet, presque syncopales. Cette crise dure huit à neuf heures et nécessite un repos de deux à trois jours de lit. Jamais elle n'avait rien ressenti de pareil.

Pendant deux ou trois ans, une série de crises se succèdent, survenant souvent quand la malade était constipée, leur durée variait de trois ou quatre heures, à dix-huit. Ces crises cessent un an ou deux.

Il y a deux ans, la malade est reprise de ces douleurs. Elle va à Karlsbad en 1900, et suit assez modérément le régime. Elle y retourne cette année en mai et juin, parce qu'elle avait souffert beaucoup du foie en février et en mars. Mais elle a une hémorragie utérine, qui nécessite un tamponnement sous chloroforme et un curettage. Elle ne prend pas les eaux. En juillet, elle a de l'ictère, avec décoloration des selles et urines noires. Elle souffre du foie d'une façon presque constante depuis ce moment, restant couchée presque continuellement. Elle a parfois des douleurs dans l'épaule.

En novembre, elle est prise de fièvre, de frisson. Elle arrive à Paris avec 38°5 de température.

Antécédents. — La malade a eu trois enfants, le dernier il y a treize ans. Toute sa vie, elle a quelque peu souffert de l'utérus ; on lui a dit qu'il était dévié, ou fibromateux. Elle est sujette aux maux de tête et aux névralgies. Étant jeune, elle a eu des poussées d'eczéma. Un frère mort d'un cancer de l'estomac.

État actuel. — La malade est amaigrie, ne mange pas ; a constamment un peu de fièvre ; l'estomac est dilaté, clapote ; le foie est augmenté de volume ; au-dessous de lui, au niveau de la partie externe du grand droit, on trouve une tuméfaction assez mal limitée, douloureuse. Le rein droit est mobile.

Les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine, ni pigment biliaire; la malade excrète 16 gr. 58 d'urée par vingt-quatre heures, 0 gr. 77 d'acide urique, 2 gr. 03 d'acide phosphorique, 8 gr. 40 de chlorures : $\Delta = -1°97$.

Opération, le 6 décembre 1901, par M. Hartmann. — Incision sur le bord externe du droit; le foie est relevé, la vésicule apparaît, rigide, allongée, saillante, sortant de la plaie dans une étendue de trois travers de doigt, du volume de quatre doigts réunis, elle est grise, scléreuse. On l'incise après avoir limité le champ opératoire. Du pus s'en échappe. La vésicule vidée, on sent dans le col du cystique un gros calcul. Il est impossible de le déloger, ni avec les tenettes, ni par des pressions extérieures; la vésicule est alors fendue le long de sa ligne médiane inférieure jusqu'au rétrécissement qui limite ce calcul, il peut alors être extrait par des pressions extérieures.

Une couronne de catguts fins en U, non perforants, fixent la vésicule près de son col au péritoine pariétal. La partie de la vésicule qui déborde est excisée; elle contient des abcès superficiels. Suture totale à la peau et gros catguts. Suture de la paroi à trois étages.

Une mèche de gaze au-dessus et au-dessous draine jusqu'au péritoine. Drain dans la vésicule.

Suites opératoires — Sauf le lendemain de l'opération où elle monte à 37°6, la température se maintient jusqu'à la sortie, le 23 décembre, au-dessous de 37° ; la malade quitte la maison de santé avec une fistule biliaire.

En mai 1907, la fistule continuant à donner une quantité abondante de bile claire et sans flocons, nous séparons de la peau la vésicule, l'attirons au dehors ; elle est souple ; suture par des points non perforants; mèche de gaze au-devant. Guérison.

En avril 1907, nous revoyons la malade ; elle n'a plus jamais eu de colique hépatique, ni de fièvre ; mais elle est restée neurasthénique, se plaint de se fatiguer facilement et d'avoir des digestions lentes, ce qui s'explique par l'existence d'une ptose rénale, d'une dilatation de l'estomac avec clapotement et d'une rétroflexion utérine douloureuse à la pression.

Observation 22. — *Cholécystite calculeuse suppurée. Cholécystotomie, ablation de calculs. Guérison. Suites éloignées, cinq ans.*

Mme J..., 58 ans, entre le 11 février 1902, rue Bizet.

Depuis 1877, elle est sujette à avoir des crises de coliques hépatiques, elle prend l'habitude de la morphine. En 1890, des abcès multiples surviennent ; la cessation de la morphine amène des accidents. Dans ces dernières années, elle se plaint d'une sensibilité constante au-dessous de l'hypochondre gauche. En même temps, de temps en temps, sans cause appréciable, survient une douleur que la malade compare à un pincement, apparaissant sous le rebord costal droit, et qui irradie vers l'épigastre et dans le dos, puis dans l'épaule gauche et en arrière. Jamais elle n'a eu de vomissements, de fièvre, ni de frissons, mais seulement une sensation de froid.

La malade est nerveuse, émotive, mais n'est pas hystérique. Étant jeune, elle a eu une pleurésie droite. Dans ces derniers temps, les crises se sont rapprochées et sont devenues presque quotidiennes ; aussi la malade prend-elle presque quotidiennement des anesthésiques.

Dans les périodes de calme relatif elle prend le soir 1 à 2 grammes de chloral, et XV à XX gouttes de laudanum.

État actuel. — On ne trouve aucune lésion articulaire, ni

aucune déformation des orteils. Le rein droit est abaissé d'un tiers, il y a du clapotement stomacal.

La matité hépatique atteint l'épigastre. Au niveau du bord externe du droit, en pressant de bas en haut, un peu au-dessous du rebord costal, on détermine une assez vive douleur ; la recherche du ballottement la réveille. On a, par moments, la sensation d'une tumeur au-dessous du rebord costal.

Opération le 2 février 1902, par M. Hartmann. — Incision sur le bord du grand droit. Le foie déborde ; il est bosselé, sa face supérieure convexe regardant directement en avant. On le relève, et l'on commence à limiter le champ opératoire avec des compresses. A ce moment, le pouls se ralentit et s'arrête, la respiration se suspend. On pratique la respiration artificielle ; le pouls et la respiration reparaissent.

L'opération est reprise.

Au-dessous du foie, l'on voit le fond de la vésicule biliaire, sclérosé, grisâtre, accolé contre lui, le côlon transverse lui est intimement fusionné ; on essaie en vain, par une petite incision sur la vésicule, au milieu de l'adhérence avec le côlon, d'amorcer un décollement ; il est impossible. Dans ces conditions, on incise transversalement le fond de la vésicule, immédiatement contre le foie ; un peu de muco-pus floconneux s'écoule. Le doigt sent un gros calcul encastré, que ni la curette, ni les tenettes ne peuvent extraire. L'index gauche est alors insinué le long du bord gauche de la vésicule libre de toute adhérence jusqu'en arrière du calcul, le soulève et l'amène en avant. On incise ensuite le long du bord gauche de la vésicule, à 5 centimètres au-dessous de son fond, jusqu'à ce que l'on ait incisé le rétrécissement situé au-dessus du calcul. A ce moment seulement, on peut l'extraire.

La vésicule est alors fixée au péritoine par des catguts non

perforants prenant en haut le foie, par des points perforants, à la paroi musculo-aponévrotique. Un drain est mis dans la vésicule, une mèche au-dessous. Suture de la paroi à trois étages.

Suites opératoires. — Guérison sans incidents ; les mèches sont retirées le 16 et le 17. Le drain, raccourci le 18, est supprimé le 23. L'opérée sort le 7 mars, guérie, la fistule fermée. Depuis cette époque elle n'a plus jamais souffert du foie (mai 1907).

Observation 23. — *Cholécystite calculeuse. Cholécystotomie. Guérison.*

H... Louise, 35 ans, entrée à Lariboisière, le 23 mars 1902, pour des douleurs à droite de l'épigastre.

Début il y a sept ans, en mai 1895. La malade est réveillée brusquement la nuit, avec une douleur atroce siégeant au niveau du bord externe du grand droit, à la hauteur de la dixième côte, s'irradiant dans tout l'abdomen ; elle a des vomissements alimentaires, puis bilieux. Cette crise dure vingt heures et cesse brusquement, ne laissant qu'un peu d'endolorissement de la région.

Après un séjour de deux mois à Vichy, deuxième crise de même durée, avec les mêmes caractères.

Depuis, la malade a éprouvé deux crises. Jamais elle n'a eu d'ictère et n'a remarqué la décoloration de ses matières ; elle a seulement constaté qu'à la suite des crises, les urines devenaient très colorées. Elle se plaint d'avoir des vomissements après les repas.

L'an dernier, elle a eu une éruption d'urticaire généralisée.

Antécédents personnels. — Rougeole à 2 ans.

Réglée à 19 ans. Pas d'enfant.

État actuel. — Appétit conservé, digestions faciles, un peu de constipation.

L'état général est bon.

Le foie ne dépasse pas le rebord costal; la région vésiculaire est douloureuse. On n'y sent pas de tumeur, mais au palper bimanuel on se renvoie une masse qui donne l'impression d'être différente du ballottement rénal et est douloureuse.

Dans les grandes inspirations, la pression au niveau du rein droit détermine une douleur vive qui remonte vers l'épaule droite.

Opération 29 mars 1902, par M. Hartmann. — Laparotomie sur le bord externe du droit.

On ne sent pas de calculs dans la vésicule, dont la paroi, bien que non adhérente, semble épaisse.

Incision de la vésicule, écoulement d'une bile visqueuse, vert noirâtre, ablation de plusieurs calculs.

Drainage et fermeture du reste de la plaie.

Suites opératoires. — Les jours suivants, écoulement abondant de bile. Le 6, la température monte à 39°8 et redescend à 38°. Le lendemain, le 15 avril, ablation du drain.

La malade sort le 2 mai 1902, avec une fistule biliaire.

Le 13 juillet. — Elle rentre pour faire fermer cette fistule.

Le 14. — Curettage du trajet, ablation d'une soie.[1]

Sort le 24, guérie.

Observation 24. — *Calculs de la vésicule et du cholédoque. Cholécystostomie, ablation des calculs. Guérison. Accidents d'angiocholite, hépatite aiguë trois ans après. Mort.*

M. I..., 44 ans, a eu depuis sa jeunesse des vomissements

1. Thèse de Français, obs. 7.

bilieux. En 1900, il a été pris, en pleine santé, d'une douleur dans le côté droit, peu intense, mais accompagnée de vomissements, de diarrhée bilieuse, sans ictère. Durée : une demi-journée. D'autres crises analogues se sont produites l'année suivante, à des intervalles éloignés.

Juin 1901. — Une crise beaucoup plus violente se déclare, mais il n'y a pas d'ictère. Le malade fait une cure à Vichy ; les crises cessent jusqu'en décembre. Une douleur sourde dans l'hypochondre droit, sans ictère, se prolonge plusieurs semaines sans qu'il y ait de crise véritable. En même temps, malaises digestifs, amaigrissement.

Avril 1902. — Une crise nette de coliques hépatiques se déclare ; au bout de trois jours, elle cesse, ne laissant plus que de l'endolorissement profond de la région vésiculaire. A ce moment, apparition d'ictère intense, avec décoloration des selles et pigmentation des urines.

Un traitement médical (calomel, lavements froids, glycérine) n'amène aucune amélioration. Le malade s'amaigrit et se cachectise progressivement.

La température a été prise régulièrement depuis le début de la maladie. Jamais il n'y a eu de fièvre.

Rien à signaler d'important dans les antécédents du malade.

Etat actuel. — Le foie, notablement augmenté de volume, descend presque jusqu'à l'ombilic. On sent nettement son bord tranchant sous le muscle droit. Douleur légère à la pression entre le bord externe du muscle et la ligne médiane, au niveau du bord antérieur de l'organe. La rate a une matité d'une moitié d'une paume de main.

Le malade est amaigri, les téguments sont flasques. Prurit intense. Les urines contiennent des pigments biliaires et un peu d'albumine.

Opération le 26 mai 1902, par M. Hartmann. — Incision sur le bord externe du muscle droit. Le foie apparaît, énorme, verdâtre ; au-dessous on trouve une vésicule petite, grisâtre, adhérant inférieurement au côlon transverse. Libération, abaissement de l'intestin. On continue à libérer la vésicule ; elle donne une sensation de demi-plénitude. A l'incision, il s'en échappe un peu de mucus grisâtre, puis de petits calculs qui s'agglomèrent les uns avec les autres, ressemblant comme volume et comme couleur à du caviar. On les enlève à la curette. Le col de la vésicule dilaté, le cystique en contiennent une quantité. Après abaissement du duodénum, les pressions en font remonter plusieurs. On s'arrête quand on ne sent plus rien.

Au-devant de la colonne vertébrale, derrière le duodénum, on sent deux ganglions du volume d'un pois, manifestement en dehors du cystique.

On a retiré de la vésicule, du cystique et du cholédoque, un flacon de catgut entièrement plein de calculs. Limitation de la cavité. Drain dans le fond. Réunion de la paroi.

Suites opératoires. — Très bonnes. Pas de fièvre. L'ictère disparaît peu à peu.

La fistule biliaire est complètement fermée au bout de six semaines.

Le 18 juillet 1902. — Le malade revu va très bien, est entièrements déjauni, il a engraissé de 6 kilogr. 120 en dix-huit jours ; l'appétit est parfait, les selles sont bien colorées.

Il continue à bien aller jusqu'en janvier 1905. A cette époque, il est repris, à la suite d'un repas trop copieux, de douleurs dans la région de l'hypochondre, avec ictère, frisson, fièvre à 39°. La région de la vésicule est douloureuse au palper. La température a de grandes oscillations, de 37°, 38° le matin à 39° et plus le soir. Le foie est très douloureux, sur-

tout dans la région vésiculaire, au niveau de laquelle on sent un empâtement diffus. Pas de vomissements. Les urines contiennent des pigments.

Les jours suivants, délire, le pouls monte à 120. Puis le malade tombe dans le coma et succombe le 26 janvier, après quatre jours de maladie.

Observation 25. — *Cholécystite calculeuse suppurée avec abcès du foie. Cholécystectomie partielle. Guérison. Suites éloignées, 5 ans.*

Mme B..., 26 ans, entre à Lariboisière parce qu'elle souffre dans le ventre, du côté droit, sous le rebord des fausses côtes.

En janvier 1902, elle a eu une crise de douleurs extrêmement vives, au même point de l'abdomen, sans irradiations. Cette crise dura trois semaines ; il y eut de la coloration jaune des conjonctives, de la fièvre (38° et 39°), des vomissements ; les matières ne furent pas décolorées. Nouvelles crises en mars et en juin, qui décident la malade à entrer dans le service, le 12 juin 1902.

État actuel. — La malade souffre dans l'hypochondre droit, cette douleur est sourde au repos, s'exaspérant pendant les examens, les mouvements, la station debout qui est devenue impossible. La température est dans les environs de 38°.

La région est le siège d'une voussure commençant au niveau de l'ombilic, et atteignant son maximum à quatre travers de doigt au-dessous du mamelon.

Au palper, cette tuméfaction est partout douloureuse, surtout à un point qui correspond à deux travers de doigt à droite de l'ombilic et à son niveau.

On ne sent ni fluctuation, ni rénitence.

Au palper bimanuel, on provoque de la douleur en avant, sous le foie, et en arrière, dans la région lombaire.

A la percussion, le foie dépasse en bas le rebord des fausses côtes de deux travers de doigt, la ligne de matité dessinant une courbe convexe en bas. En haut, le foie remonte jusqu'au mamelon.

A la percussion superficielle, il y a une légère submatité dans la zone de la voussure.

Rien à signaler dans les *antécédents* de la malade, à part une crise douloureuse, survenue il y a sept ans, dans le flanc droit, traitée comme une appendicite.

Opération, le 16 juin, par M. Hartmann. — Incision parallèle au rebord costal droit, et à un travers de doigt au-dessous. Le foie apparaît avec une teinte légèrement grisâtre.

Des adhérences molles relient les diverses parties entre elles et la paroi. Après décollement sur une petite étendue, ponction, écoulement de 300 cc. de liquide séro-purulent, blanchâtre. Débridement de la cavité, exploration avec le doigt.

Après avoir attiré dans la plaie la partie inférieure de la cavité, on voit la vésicule, à parois scléreuses, épaisses, résistantes. Elle n'est pas dilatée. Incisée, sa muqueuse est encore parfaitement reconnaissable. On en excise la plus grande partie. Il ne s'y trouve pas de calculs.

En explorant la cavité de l'abcès, on trouve un gros calcul arrondi, du volume d'une bille, libre.

Drainage, mèche après limitation du foyer par quelques catguts.

La culture du liquide contenu dans l'abcès a donné du colibacille pur.

Suites opératoires. — Jusqu'au 3 juillet, de la bile s'est écoulée dans le pansement et est réapparue une seule fois, le 17.

La malade sort le 30 août, sans fistule biliaire.

En mars 1907, la malade n'a plus jamais souffert, son état est excellent.

Observation 26. — *Cholécystite calculeuse suppurée. Cholécystotomie. Guérison. Suites éloignées 2 ans.*

R..., 32 ans, couturière, entrée le 23 juin 1902, à Laribois-ière, pour une tumeur du flanc droit datant de un mois, et qui n'a pas subi, depuis, de modifications de volume.

La malade a commencé à souffrir de l'estomac il y a trois ans ; il est apparu des douleurs immédiatement après les repas ; jamais de vomissements.

Depuis cinq ou six mois, elle a remarqué qu'elle avait quelquefois des coliques, débutant brusquement au milieu du repas, et s'accompagnant de selles dures, puis liquides. Elle n'a pas regardé si elles contenaient ou non des aliments non digérés.

C'est en palpant la région de l'hypochondre droit, devenue plus douloureuse, que la malade s'est aperçue de la présence de la tumeur.

État actuel. — La malade ne souffre plus de l'estomac ; la tuméfaction qu'elle porte dans le flanc droit n'est pas douloureuse.

A l'inspection, on remarque un réseau veineux au niveau de l'hypocondre droit ; au palper, on sent une tuméfaction siégeant entre le rebord costal droit et l'ombilic, suivant les mouvements respiratoires. La recherche du ballottement est positive, mais détermine de la douleur. A la percussion, la tumeur est mate, après insufflation du côlon, la sonorité reparaît au niveau du pôle inférieur de la tumeur.

Opération, le 12 juillet 1902, par M. Hartmann. — Incision verticale sur le bord du droit, partant du rebord costal. Le foie déborde ; il est un peu scléreux au voisinage de son

bord fusionné avec le côlon transverse. Après séparation des deux organes, on ouvre une collection séro-purulente ; la vésicule apparaît à une grande distance, appliquée sur la face inférieure du foie, scléreuse, rétractée. Incision au bistouri de la vésicule. On arrive sur un calcul ; il faut débrider aux ciseaux le rétrécissement qui l'encastre pour pouvoir l'extraire ; il est unique, mûriforme, du volume d'une petite noisette.

Drainage. Limitation du foyer. Suture du reste de la plaie.

L'ensemencement du muco-pus a donné, en culture anaerobie seulement, une colibacille très gazogène.

L'opérée est sortie guérie, et pendant les deux années qui ont suivi l'intervention, n'a plus jamais souffert de la région hépatique. Elle est morte en 1904, d'une méningite aiguë, consécutive à une otite.

Observation 27. — *Cholécystite calculeuse et kyste de l'ovaire droit. Ovariotomie droite et cholécystostomie. Guérison après une colique hépatique suivie de l'expulsion d'un calcul par l'intestin. Suites éloignées quatre ans.*

M^me^ P..., 52 ans, entre rue Bizet, le 2 juillet 1902, pour des douleurs abdominales avec fièvre. Elle n'a jamais eu d'enfant, elle est délicate et nerveuse, mais résistante.

En 1876-1877, elle a fait à Plombières deux saisons, pour de l'entérite muco-membraneuse ; elle en revient guérie.

En 1880, à la suite d'une émotion, elle est prise d'une douleur violente dans le côté droit, l'estomac et le dos ; elle a des vomissements. Elle rentre à Paris, et après le dîner, trois semaines après, elle est prise de crises de coliques hépatiques ; elle devient jaune comme un citron, puis tout s'arrange.

En 1892, étant à Nice, elle est prise brusquement, à la suite d'un effort, de douleurs dans le côté droit, accompagnées de vomissements, non suivies d'ictère ; pendant plusieurs jours, on doit lui faire des piqûres de morphine. Elle reste malade environ trois semaines.

Pendant quatre ans, elle va à Vichy, et se trouve bien du traitement ; deux ou trois fois, elle a eu une petite crise de quelques heures. Il y a trois ans, elle a eu une crise hépatique violente.

Elle se plaint de l'estomac depuis un an. Elle est extrêmement fatiguée, le déjeuner ne passe pas, et elle est obligée de se coucher ensuite, tant elle est épuisée ; la station debout est impossible ; quand la malade reste chez elle, elle va à peu près, mais sa figure se décompose quand elle doit sortir. Elle ne souffre pas pendant ses repas, mais trois heures après. Elle n'a pas de vomissements.

Le 12 mai 1902, elle a une crise qui dure vingt-six heures; le 14, survient une crise violente avec vomissements, des douleurs dans l'hypochondre droit ; la malade se tord, tant les souffrances sont vives. Pendant un mois, des crises se répètent, tous les jours ou tous les deux jours ; on doit les calmer avec de la morphine.

La malade reste couchée trois semaines, elle essaie de manger avec un dégoût énorme, elle est constipée. Elle dit que, cette année, elle a beaucoup maigri.

Le 22 juin 1902, survient une crise de douleurs extrêmement violentes. La température axillaire monte à 39°5. Pour la première fois, la malade a des crampes dans le ventre, qui est douloureux partout et ballonné ; elle a des vomissements. Elle est mise à la diète, on lui injecte 5 centigrammes de morphine, on lui place de la glace sur le ventre.

Le 27 juin, l'abdomen, encore un peu météorisé est légère-

ment sensible, surtout au-dessous de l'hypochondre droit, à sa jonction avec le flanc et la région ombilicale : la recherche du ballottement exagère cette sensibilité; elle renvoie en avant une partie dure.

État actuel (6 juillet). — On retrouve à la pression le même point douloureux ; lorsque l'on enfonce les doigts sous le rebord costal, la douleur est ressentie plus bas, dans la fosse iliaque. De temps à autre, le côté droit du ventre devient sensible, et cette sensibilité disparaît quand la malade a expulsé des gaz ou une garde-robe. Toutes les pressions sur le ventre retentissent vers la fosse iliaque droite qui, cependant, n'est pas douloureuse à la pression directe. Dans la partie droite du ventre, on trouve une tumeur liquide descendant jusque dans la fosse iliaque. La fièvre est tombée.

Les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine, mais quelques traces d'urobiline ; leur densité est de 1024.

Jamais de grossesse.

Opération le 28 juillet 1902, par M. Hartmann. — Incision verticale sur le bord externe du grand droit à droite ; le péritoine ouvert, on voit, plaquée contre la face inférieure du foie et remplissant toute l'étendue de l'incision une surface convexe, grisâtre, lisse, rappelant l'aspect des kystes hydatiques. Limitation du champ opératoire, et ponction avec le gros trocart de l'appareil Potain. Après aspiration de plusieurs litres de liquide grisâtre et légèrement filant, on peut constater qu'il s'agit d'un kyste ovarique. L'incision est prolongée un peu inférieurement, le kyste contient un gâteau polykystique. Ligature du pédicule et ablation du kyste.

Revenant à la partie supérieure de l'incision, on trouve une vésicule un peu épaissie, grisâtre, non distendue. Après limitation du champ opératoire, on l'incise ; un peu de bile épaisse s'écoule ; la curette à bascule ramène un calcul,

arrondi, mûriforme, du volume d'un gros pois chiche ; après son enlèvement, une bile plus claire s'écoule.

Six fils séro-séreux en U fixent la vésicule au péritoine et quelques catguts perforants la fixent à l'incision musculo-aponévrotique. Drain dans la vésicule. Réunion du reste de la plaie.

Suites opératoires. — Le drain est enlevé le 2 août. Du 11 au 20, la malade a de l'œdème des pieds. L'écoulement de bile cesse subitement le 9. Le 12, la malade a une crise de douleurs, et trois insignifiantes le lendemain. Le 28, la fistule est incisée et drainée. Plusieurs crises se produisent à ce moment, le 25 août, le 27 et le 28, puis presque tous les jours à partir du 6 septembre, la dernière le 24 ; le 26, on trouve un calcul dans les selles. La malade sort guérie, le 29 septembre.

En 1906 elle est revue, ayant toujours joui d'une santé parfaite depuis son opération.

Observation 28. — *Cholécystite calculeuse. Rein mobile. Cholécystostomie. Ablation d'un calcul. Lithiase du cholédoque probable. Pas de cholédochotomie. Nouvelles crises. Mort deux ans après.*

P..., 60 ans, femme de ménage, entre le 18 février 1903, à Lariboisière, pour des douleurs dans la région épigastrique et dans l'hypochondre droit. Elle a commencé à être malade il y a six ans : digestions pénibles, douleurs au niveau de l'épigastre, mais peu intenses. En octobre 1902, elle a une crise de douleurs plus aiguës, s'irradiant dans le dos, suivie des vomissements alimentaires, puis bilieux ; le lendemain, apparaît de l'ictère, des frissons, de la fièvre, pendant quelques

jours ; des injections de morphine calment les douleurs, mais l'ictère persiste pendant deux mois.

En janvier 1903, nouvelle crise de douleurs et réapparition de l'ictère, pendant une semaine. A l'âge de vingt ans, la malade a déjà eu de l'ictère, apparu sans cause apparente, sans avoir eu de douleurs. Rien d'autre à signaler dans les antécédents.

État actuel.— le palper ne détermine pas de douleur à l'épigastre ou dans l'hypochondre droit ; le foie dépasse de deux travers de doigt le rebord costal. Par le palper bimanuel, on mobilise une masse dans l'hypochondre droit ; cette exploration détermine seule une légère douleur.

Opération, le 4 mars 1903, par M. Hartmann. — Incision à un travers de doigt au-dessous du rebord costal et parallèle à lui. Le foie se présente la face convexe en avant. Ayant relevé cet organe, on voit que le rein droit est mobile et descend entièrement au-dessous du foie.

La vésicule, très rétractée, fibreuse, est appliquée contre la face inférieure du foie. Incisée, elle laisse échapper un peu de pus. On en extrait un calcul unique, arrondi, du volume d'une grosse noisette.

Drain, mèche de gaze au-dessous.

Suites opératoires. — Le 8, la température s'élève à 39°8, il survient une crise de coliques hépatiques avec un peu d'ictère, fièvre. La mèche est enlevée le 10, on constate l'écoulement de la bile dans le pansement. Le 14 et le 17 mars, nouvelles crises sans élévation thermique ; le 22, la malade en a une quatrième avec fièvre (38°) pendant un jour ; le drain est enlevé le 21. L'opérée sort le 10 avril. D'après les renseignements donnés par sa concierge, la malade aurait eu plusieurs crises de douleurs, suivies d'ictère et serait morte en juin 1905, après l'une de ces crises.

Observation 29. — *Cholécystite calculeuse avec phlegmon chronique de la paroi abdominale. Incision et curage du phlegmon. Cholécystostomie. Guérison. Suites éloignées : 20 mois.*

B..., 34 ans, femme de chambre, entre le 9 avril 1903, à Lariboisière, pour des douleurs dans l'hypochondre droit. Il y a six mois, en octobre 1902, au moment de ses règles, elle a été prise d'une crise de douleurs dans la région hépatique, de fièvre (40° ?) ; cet état dure une semaine. Deuxième crise semblable, deux mois après, à la suite de laquelle elle s'aperçoit qu'elle a une tuméfaction dans l'hypochondre droit. Une troisième crise a eu lieu quelques jours avant l'entrée de la malade ; à la suite de cette dernière crise, la tuméfaction a augmenté de volume.

Dans les antécédents, il n'y a à signaler que deux grossesses ; au cours de la dernière (1900) la malade aurait commencé à souffrir légèrement, dans la région hépatique. Sa mère et deux de ses frères sont morts de tuberculose.

État actuel. — Bon état général. Pas de fièvre ; à l'inspection, on constate une tumeur qui fait une saillie apprécablie sous les fausses côtes à droite. Au palper, on constate, à deux travers de doigt sous le rebord costal et à trois doigts en dehors et à droite, que cette tumeur est dure, douloureuse, inégale et bosselée. Elle adhère aux plans profonds et à la paroi abdominale antérieure. Sa matité continue celle du foie. La peau présente par endroits, le phénomène du capitonnage.

Opération, le 14 avril 1903, par M. Hartmann. — Incision verticale sur le bord externe du grand droit. Le tissu cellulaire est épaissi, infiltré, les plans sous-jacents sont fusionnés en une masse grisâtre, demi-fibreuse, dans laquelle on distingue une sorte de trajet à contenu caséeux, jaunâtre. Une sonde cannelée y est introduite ; après curage et incision du trajet, on arrive sur la face externe du péritoine, sous

lequel on sent une bosse dure. Après incision de la séreuse, on reconnaît que le fond de la vésicule formait cette bosse ; il est fusionné avec le bord du foie, sclérosé. Les deux organes sont libérés et pendant cette libération, on ouvre la cavité péritonéale ; de l'épiploon se présente et on doit le sectionner.

Deux pinces de Kocher fixant la vésicule, elle est fonctionnée ; du pus s'en écoule. On en extrait deux calculs, du volume d'une très forte noisette, à facettes.

La vésicule est fixée à la paroi par deux catguts et un drain y est placé, une mèche de gaz laissée au niveau de l'ouverture de la cavité péritonéale.

Tamponnement du reste de la plaie.

Suites opératoires. — Guérison sans incidents, Le drain est enlevé le 22 avril.

L'opéré sort le 8 mai.

Revue une fois, le 16 décembre 1904. Va bien, mais a eu une petite crise.

Observation 30. — *Cholécystite calculeuse. Cholécystotomie. Suites éloignées, 3 ans et 4 mois.*

Y..., 63 ans, n'avait jamais éprouvé de troubles du côté de l'estomac ni du côté de l'intestin, quand, en 1894, il fut pris trois heures après le déjeuner d'une sensation brusque de barre épigastrique avec vomissements et frissonnements. Les symptômes furent assez aigus pour obliger à le reconduire chez lui immédiatement, en voiture. La crise dura trois à quatre heures et le malade fut huit à dix jours à se remettre. Pas de jaunisse. En 1900, nouvelle crise identique ; en septembre 1902 et en février 1903, crises violentes. Dans l'intervalle des crises il sent constamment son foie et se trouve mal à l'aise.

Depuis 1894, il fait chaque année une saison à Vichy, sans

en éprouver aucun bénéfice. Une fois même, en 1901, il fut pris à Vichy de douleurs continues et de jaunisse. Depuis un an, il maigrit.

État actuel. — Le 29 mai 1903, le foie est augmenté de volume ; au-dessous de lui, on trouve un point localisé douloureux à la pression, surtout lorsqu'on exerce cette pression obliquement de bas en haut.

Le malade se plaint de ressentir constamment une sensation de barre épigastrique avec courbature dans la région postérieure du dos, sensations qui cessent en général par le repos au lit.

La percussion montre une diminution de la sonorité en arrière et à droite et à l'auscultation on entend quelques frottements pleuraux, restes d'une pleurésie contractée en 1882.

Opération, le 30 mai, cholécystectomie partielle, par M. Hartmann.—Rouleau sous la région dorso-lombaire. Incision parallèle au rebord costal et à 3 centimètres au-dessous. Le fond de la vésicule grisâtre, scléreuse apparaît entre le fond et le côlon transverse. Après décollement de ceux-ci on incise la vésicule, il en sort un peu de bile épaisse et brune. Avec une curette à bascule on enlève une quantité de petits calculs (de quoi remplir trois flacons à catgut). Le fond de la vésicule est excisé, ce qui en reste est fixé par quatre catguts non perforants au péritoine pariétal. Une série de catguts perforants fixent la vésicule à la paroi musculo-aponévrotique. Un drain est placé dans la vésicule; deux petites mèches de gaze sont l'une au-dessus, l'autre au-dessous.

Suites opératoires. — Le 4 juin le drain est enlevé, la guérison a lieu sans incidents et le malade quitte le 27 juin la maison de santé, porteur d'une fistule biliaire.

En août, petite colique hépatique à la suite de laquelle il rend quelques calculs par l'anus.

Le 12 octobre, un calcul sort par la fistule. Malgré ces incidents l'état du malade s'est considérablement amélioré ; et lorsque nous le revoyons, le 21 novembre 1903, il a augmenté de 15 kilos, ne souffre aucunement, travaille d'une manière active et n'a comme ennuis qu'un petit écoulement bilieux intermittent par la fistule ; les garde-robes sont bien colorées.

Le même état se continue pendant plusieurs années. En août 1906 le malade revient ; il a eu, dans ces derniers temps, plusieurs petites crises de coliques, l'écoulement bilieux a augmenté par la fistule, les garde-robes sont moins bien décolorées. A deux reprises l'écoulement par la fistule s'est arrêté et le malade a eu un accès de fièvre. Dans ces conditions, nous pensons à un calcul arrêté dans le cholédoque et conseillons une intervention nouvelle. Le malade demande à la retarder de quelques semaines mais il est pris, quelques jours avant la date fixée pour son entrée à la maison de santé, d'un frisson violent, d'accidents infectieux et meurt le 29 septembre 1906, trois ans et quatre mois après la cholécystotomie.

Observation 31.—*Cholécystite calculeuse suppurée. Cholécystectomie partielle. Guérison.*

Mme C..., 57 ans, lingère, entre le 21 septembre 1903, à Lariboisière. Sa maladie actuelle semble avoir débuté il y a dix ans, par des vomissements survenant brusquement, à intervalles irréguliers plus ou moins éloignés des repas ; jamais ces vomissements n'ont été douloureux, ou n'ont contenu de sang.

A partir de 1898, la malade a maigri et a un peu perdu ses

forces. Jusqu'en septembre 1907, cet état reste le même ; alors surviennent des accès de fièvre, sans frisson, et de l'intolérance gastrique pour tous les aliments.

L'année précédente, la malade avait déjà, parfois, ressenti quelques douleurs au niveau de l'estomac.

En même temps qu'apparaît la fièvre, ces douleurs augmentent, ne revenant pas à intervalles fixes ; les grandes respirations déterminent de la gêne.

Depuis deux mois, la malade souffre beaucoup de l'estomac ; elle a une sensation pénible de faim, une sensation de constriction de la base du thorax. Les vomissements ne sont pas plus fréquents.

État actuel. — La température est à 38°. A l'examen de l'abdomen, on trouve que la paroi est considérablement amincie, flasque, et un peu creusée. Cependant, à droite à la partie externe du muscle droit, à la hauteur de l'ombilic, on remarque une très légère voussure, un peu étalée.

La matité hépatique n'est pas augmentée d'étendue ; mais au-dessous de lui, on sent, par le palper, une tumeur descendant jusqu'à l'ombilic. Cette tumeur est de forme généralement arrondie ; elle prend le contact lombaire et semble de continuer en haut avec le foie, La percussion à son niveau ne donne pas une matité nette, mais une légère diminution de la sonorité. Mobile d'avant en arrière, elle ne l'est pas latéralement.

L'estomac, après insufflation, paraît être de dimensions normales : après quatorze heures de jeûne, la sonde n'en ramène rien.

Examen du sang : hémoglobine 45 0/0

G. R. 2.500.000

G. B. 4.000

Urines : 14 grammes d'urée en vingt-quatre heures, ni sucre ni albumine, ni pigments biliaires.

Opération, le 7 octobre 1903, par M. Hartmann. — Incision à deux doigts au-dessous du rebord costal et parallèle à lui, Le bord du foie a une apparence scléreuse ; au-dessous de lui au niveau de la vésicule, on voit une masse grisâtre, recouverte en partie par le côlon. On décolle un peu celui-ci. Après limitation du champ opératoire, on ponctionne cette tumeur. Il s'en échappe 200 cc. de liquide grisâtre, puis franchement purulent. On l'incise, et l'on en retire deux calculs à facettes, du volume d'une très grosse noisette. Résection du fond de la vésicule ; fixation au péritoine par des points non perforants et par des perforants à la peau.

Suites opératoires. — La température qui avait atteint 37° la veille de l'intervention monte à 39°, le lendemain. Elle se maintient jusqu'à la sortie entre 37°8 et 39°. L'opérée sort le 2 novembre, avec 38°2.

Observation 32. — *Cholécystite calculeuse suppurée. Cholécystostomie. Suites éloignées, 3 ans et 7 mois.*

Mad. X..., 48 ans, a depuis quelques années des coliques hépatiques accompagnées le plus souvent d'ictère passager. Dans ces derniers temps, ces coliques se sont accompagnées de fièvre, 39°8 le 6 novembre ; du 14 au 23, la température monte presque quotidiennement à 38°6, 39°, 39°5.

Opération, le 25 novembre 1903, par M. Hartmann. — Incision verticale parallèle au bord externe du muscle droit se recourbant en dedans à sa partie supérieure. Le ventre ouvert, on voit la vésicule sans adhérences et d'apparence saine. Près de son col le doigt sent une induration. Ponction de la vésicule évacue un liquide grisâtre, muco-purulent. Incision de la vésicule ; avec le doigt on sent des calculs qu'on ramène, au

nombre de cinq, avec la curette à bascule. Fixation de la vésicule par des points non perforants au péritoine pariétal ; suture de la vésicule à la peau. Drain.

Suites opératoires. — Guérison sans incidents ; la température tombe immédiatement à la normale, la malade quitte la maison de santé portant une fistule biliaire.

Fermeture chirurgicale de la fistule.

En février 1905, la malade va très bien, elle ne suit aucun régime et n'éprouve aucune douleur ; son poids est passé de 77 kilogrammes à 91 kilogrammes. Nous la revoyons en mai 1907 pour une fracture du péroné ; elle n'a toujours pas éprouvé le moindre trouble gastro-hépatique depuis son opération.

Observation 33. — *Cholécystotomie pour cholécystite calculeuse. Guérison avec fistule biliaire. Fermeture de la fistule Suites éloignées, 3 mois.*

Mme R..., 57 ans, se plaint de coliques hépatiques à répétition, avec subictère. Elle est alitée depuis trois mois, avec des douleurs violentes dans l'hypochondre droit. Tous les traitements médicaux sont restés sans effet ; la malade a considérablement maigri, ne s'alimente plus, et réclame une intervention.

Elle entre rue Oudinot, le 20 février 1904. T. 37°6.

Opération, le 21 février 1904, par M. Hartmann. — Incision, un rouleau est placé sous les reins de la malade. Après ouverture de la vésicule, on extrait deux gros calculs, et un grand nombre de petits graviers.

La vésicule est fixée par quelques points non perforants au péritoine pariétal. Un drain est placé dans la vésicule. Pas de sutures muco-cutanées.

Suites opératoires. — Guérison sans incidents, à part quelques poussées de fièvre, à 39°, le 25 et le 28 février ; on

applique alors un pansement humide. Le 18 mars, l'opérée a encore 39°, la température redevient normale le lendemain. Sortie le 22, avec une fistule biliaire.

Le 25 juin 1904, avivement des bords de la fistule. Suture avec un crin (anesthésie à la cocaïne).

Deux jours après l'ablation du crin, neuf jours après l'intervention, l'écoulement de bile reparaît, puis la fistule se ferme spontanément, au bout d'une quinzaine de jours, le 18 juillet.

L'opérée allait très bien, son teint était redevenu normal, la fistule était restée fermée, quand, le 18 septembre 1904, elle a été reprise d'une colique avec fièvre, réouverture de la fistule, péritonite (?). Renseignements incomplets. Mort le 23 septembre.

Observation 34. — *Cholécystite calculeuse suppurée. Cholécystotomie, avec excision du fond de la vésicule. Guérison. Suites éloignées, 3 ans 1/2.*

Mme H..., 28 ans, entre le 27 février 1904, dans une maison de santé, rue Oudinot.

Antécédents héréditaires. — Sa mère a eu des coliques hépatiques, d'une durée de quatre ou cinq jours, accompagnées chaque fois d'ictère. Elle est morte de péritonite, après des accidents du même genre.

Antécédents personnels. — Première colique hépatique en 1894, à l'âge de 18 ans, non accompagnée d'ictère. Saisons à Vichy en 1895, 1896 et 1897.

Depuis 1897, l'hiver surtout, la malade a quelques nausées.

En 1900, on constate que la vésicule est un peu sensible à la pression, et dure. A tout moment de la journée, la malade éprouve des douleurs gastriques, survenant par crises, et cessant dans le décubitus dorsal.

En 1904, le 26 février, malaise général, céphalalgie, fièvre sans signes particuliers du côté de la vésicule, jamais d'ictère, T. : 38°8. Ce n'est que le 13 mars, que la malade éprouve une sensation de brûlure dans la région du foie.

T. : le 1er mars, 38°2, 38°8 ; le 2, 38°5, 39°9 ; le 3, 37°, 38°6 ; les jours suivants, la température oscille de 38° à 39°5, et ne dépasse pas 38° à partir du 12 mars.

Opération, le 24 mars 1904, par M. Hartmann. — Rouleau postérieur. Incision sur le bord externe du muscle droit, recourbée en dedans à sa partie moyenne, parallèlement et à un travers de doigt au-dessous du rebord costal.

La tumeur perçue par le palper est le rein que l'on sent à travers le péritoine postérieur, suivant les mouvements respiratoires. La vésicule biliaire est remplie de liquide, sans tension exagérée ; elle ne présente aucune adhérence avec les parties voisines, et semble cornée. Par le palper, on y sent quelques petits calculs. La vésicule est amenée en dehors du ventre, fixée par des points non perforants au péritoine pariétal ; le ventre est refermé complètement au-dessus et au-dessous ; la paroi musculo-aponévrotique est également suturée.

La vésicule est basculée en dehors, et son fond renversé sur la peau, on l'incise ; un liquide bilieux puriforme s'écoule ; on enlève ensuite cinq petits calculs, plus gros que des grains de chènevis ; le fond de la vésicule est excisé, la vésicule suturée à la peau. Drain dans la vésicule.

Suites opératoires. — Guérison sans incidents, sort le 18 avril. Le 24 juin 1904, avivement des bords de la fistule, le 3 août, fermeture complète et spontanée de la fistule.

Depuis l'opération, l'état général est resté bon.

Le soir, trois heures après le repas, surviennent des contractions stomacales, avec une vésicule grosse, qui donne une sensation de gêne pendant une partie de la nuit.

Observation 35. — *Phlegmon de la paroi abdominale consécutif à une cholécystite suppurée avec perforation de la vésicule. Ouverture du phlegmon. Cholécystotomie secondaire. Ablation d'un énorme calcul. Guérison. Suites éloignées, 2 ans et demi.*

Mme P..., 73 ans, diabétique, a eu à différentes reprises des crises de coliques hépatiques sans ictère. Actuellement on constate à droite une tuméfaction rouge de l'abdomen s'étendant de l'hypocondre à la fosse iliaque avec fluctuation au ventre.

Le 15 octobre 1904, après anesthésie locale au chlorure d'éthyle, nous incisons l'abcès, d'où sort un demi-verre de jus grisâtre, d'odeur fétide. Drain, pansement.

La tuméfaction diminue peu à peu, de même que l'induration et la rougeur, mais il persiste une suppuration assez abondante qui, au bout de trois mois, ne semble pas avoir la moindre tendance à se tarir. Une bougie, introduite dans le trajet, donne profondément une sensation de frottement contre un calcul; aussi, en février 1905, l'état de la malade étant devenu excellent et le sucre ayant, à la suite d'un régime, diminué de 65 gr. à 5 à 6 gr., nous nous décidons à intervenir de nouveau.

Opération, le 11 février 1905, par M. Hartmann. — Incision se dédoublant au niveau de la fistule qu'elle encercle. Dissection du trajet fistuleux jusqu'au niveau des parties profondes de la paroi abdominale. On excise ce trajet et l'on débride l'orifice de communication avec la vésicule.

Une série de fragments de calculs est extraite, puis une grosse pierre, du volume d'une truffe. Il reste un petit calcul à facettes que l'on ne peut déloger ; il est inclus en arrière d'une bride dans l'origine du cystique.

Un gros drain est placé dans la vésicule.

Le calcul enlevé mesure 16 cc., il pèse 17 gr. 291 auxquels il faut ajouter 6 gr. 887 représentant les fragments détachés et enlevés séparément.

Suites opératoires. — Une certaine quantité de bile coule par la plaie pendant environ un mois, puis l'écoulement cesse à peu près complètement et il ne persiste qu'un léger suintement muqueux qu'une compresse de gaze appliquée chaque jour suffit à absorber. L'état général est excellent, la malade a repris sa vie habituelle et continue à bien se porter en avril 1907.

Observation 36. — *Péricholécystite calculeuse avec adhérences. Grande dilatation de l'estomac, stase gastrique ; rétrécissement sous-pylorique par calcul biliaire. Cholécystotomie. Ablation du calcul. Guérison. Suites éloignées, 13 mois.*

Mme C..., 41 ans, entre le 2 mai 1906, à Lariboisière se plaignant de souffrir de l'estomac. Elle n'a pas de passé gastrique, mais souffre souvent du ventre et a de l'entérite mucomembraneuse.

La maladie actuelle semble avoir débuté il y a un an, par une crise de diarrhée, intense, qui dura huit jours, s'accompagnant de vomissements abondants ; puis de la constipation remplaça la diarrhée ; les vomissements continuèrent, mais leur fréquence a bien diminué depuis six mois, une seule fois par jour seulement aujourd'hui.

État actuel. — Les douleurs surviennent en général une heure avant le moment des repas ; c'est une crampe, très violente, au creux épigastrique, qui remonte le long de l'œsophage ; ensuite il y a un point douloureux dans le dos et à gauche, et des régurgitations acides se produisent. L'ingestion d'aliments calme les douleurs, qui ne reparaissent que deux ou trois heures après le repas, et sont calmées quand

la malade a vomi. Jamais il n'y a eu ni hématémèses, ni melœna.

Des lavages d'estomac ont amené une grande amélioration.

État actuel. — On sent au-dessous du rebord costal droit, au niveau du bord externe du grand droit, une induration du volume de l'index, lobulée, difficile à limiter, semblant correspondre au bord du foie, mobile avec les mouvements respiratoires, peu douloureuse à la pression, ne donnant pas la sensation de ballottement.

Après insufflation de l'estomac, on ne sent plus la tumeur. Le lavage a ramené de l'estomac une grande quantité de liquide, la stase est considérable ; après insufflation, l'organe descend un peu plus bas que le milieu de la distance qui sépare l'ombilic du pubis.

L'examen du suc gastrique montre qu'il y a hyperchlorhydrie, hyperacidité et hyperchlorurie, sans que ces caractères soient très exagérés.

Les urines ne contiennent pas d'albumine, ni sucre, ni bile ; 12 grammes d'urée en vingt-quatre heures.

Opération, le 9 mai, par M. Hartmann. — Incision paramédiane droite ; à l'ouverture du ventre la première partie du duodenum, le côlon transverse sont adhérents au foie. On sent au-dessous du foie, sous un amas d'adhérences, une masse dure. Après incision le long du bord inférieur du foie, décollement et abaissement de l'intestin, le fond de la vésicule est mis à nu. La vésicule est scléreuse, grisâtre ; après incision, il s'en écoule quelques gouttes de muco-pus. Dans une cavité fougueuse, moulée sur lui, on trouve un calcul du volume d'une très grosse olive ; il est extrait avec une petite tenette à calculs biliaires.

Gros drain dans la vésicule fixée par quatre soies au péritoine. Réunion du reste de la plaie.

Suites opératoires. — Guérison sans incidents. Le drain est enlevé le 18.

L'opérée sort le 20 mai.

Le 1er janvier 1907, elle écrit que sa santé est parfaite.

Le 3 juin 1907, elle écrit « qu'elle se porte à ravir et n'a plus jamais ressenti le moindre malaise depuis son opération ».

Observation 37. — *Cholécystite calculeuse suppurée. Cholécystostomie. Guérison.*

Mme H..., 51 ans, entre le 6 mai 1906, salle Lailler, à Lariboisière pour des douleurs dans l'hypocondre droit.

Le 6 décembre 1905, elle a été prise brusquement le matin à 9 heures, de douleurs violentes au niveau de l'estomac et des reins ; elle aurait eu de la fièvre ; après une journée d'accalmie, les douleurs ont reparu, localisées cette fois à peu près au niveau du point de Mac Burney ; le ventre se ballonne, la température monte à 40°. Il y a de la constipation, pas de vomissements. Dès le quatrième jour, les matières se décolorent, les urines sont couleur acajou, mais il n'y a pas d'ictère. On applique des vessies de glace sur l'abdomen ; la douleur va en s'atténuant pendant quinze jours. La malade entre dans le service du Pr Terrier, mais elle y est atteinte de congestion pulmonaire, et sort au bout de cinq semaines, sans avoir été opérée. Il y a un mois, à la suite d'une purgation, la malade dit avoir rendu une pierre noire, grosse comme une noix. Elle souffre encore du côté droit avec irradiation de la douleur vers l'épaule gauche. Elle déclare qu'elle a maigri, et qu'elle s'affaiblit depuis quelques mois. Dans ses antécédents, il faut signaler qu'elle a eu dix enfants.

État actuel. — L'inspection ne donne aucun renseignement et le palper ne donne rien de bien net ; au-dessous du rebord costal droit, il y a une certaine résistance ; cependant, en pratiquant le palper bimanuel, lequel fait souffrir la malade, la main antérieure a une sensation de ballottement.

La matité hépatique s'arrête au niveau du rebord costal et au-dessous, la sonorité franche ne reparaît pas immédiatement.

Opération 14 mai 1906, par M. Hartmann. — Incision onduleuse. Le bord du foie adhère au côlon et à l'épiploon. Le tissus hépatique à ce niveau a une teinte grisâtre. Au palper, au-dessous des organes fusionnés, l'on peut saisir avec les doigts une masse dure.

Après incision le long du bord du foie, un essai de décollement est tenté, inutilement ; après avoir traversé au bistouri une couche fibreuse épaisse de plus de 1 centimètre, l'on arrive sur une poche contenant un peu de mucopus, et un gros calcul, du volume d'une grosse noix, à facettes à ses deux extrémités ; il est extrait avec le forceps ; le doigt explore ensuite la poche sans trouver d'autres calculs.

La vésicule est fixée au péritoine par quatre catguts non perforants. Drain. Réunion du reste de la plaie.

Suites opératoires. — La mèche est enlevée le 16 ; le 26, la température monte à 38°4. Ouverture d'un petit abcès au-dessus de l'orifice du petit drain. Le drain reste en place jusqu'au 29.

Le 4 juin. — Sortie.

Observation 38. — *Cholécystite suppurée avec abcès inter-vésiculo-duodénal et perforation de la vésicule. Cholécystotomie. Guérison. Suites éloignées, six mois.*

Mme L..., 41 ans, entre le 9 septembre dans une maison de santé de la rue Oudinot.

Depuis une dizaine d'années, elle a présenté des accidents lithiasiques ; en 1900, elle a eu des crampes d'estomac. En 1904, étant enceinte, elle a perdu du sang ; elle était dans un état infectieux ; l'ensemencement du sang montre qu'il contient du colibacille ; on croit qu'il s'agit d'une infection puerpérale, cependant le placenta n'avait rien de suspect. Après l'ablation du placenta, la fièvre tombe.

En 1905, la malade a de la fièvre et présente une tuméfaction de la vésicule qui descend jusque dans la fosse iliaque. Au bout de quinze jours, les phénomènes aigus rétrocèdent, mais ce n'est qu'au bout de six mois que la vésicule revient à son volume normal.

Au bout de dix mois, quatre mois après la diminution de la vésicule, la malade faisait encore des poussées de fièvre.

En septembre 1905, elle a encore une poussée fébrile qui dure quatre ou cinq jours, puis elle va bien jusqu'en juillet 1906.

A ce moment, elle commence à ressentir des douleurs épigastriques, et une sensation de constriction à ce niveau. Le 28 juillet, la température monte à 40°.

Le 9 août, elle ressent une douleur très violente, une constriction gastrique avec douleur dans l'épaule droite et vomissements, la température monte à 40°5.

Le 12 août, elle a 38°, 38°2 et devient jaune.

Le lendemain, elle souffre beaucoup, on doit lui faire de la morphine, elle a un frisson et 40°2 de fièvre.

Depuis, elle oscille de 37° à 40°, chaque jour les douleurs deviennent intolérables ; au niveau de l'épigastre, elles s'irradient dans l'hypocondre et derrière l'épaule droite.

Le ventre est ballonné, douloureux, surtout à droite ; il est impossible de chercher à sentir la vésicule.

Les urines contiennent un peu d'albumine.

Le 1er septembre la malade fait une fausse couche de deux mois. Le 7, on fait la délivrance ; le placenta était décollé, le col dilaté.

Immédiatement après, la fièvre tombe ; l'état s'améliore. Mais vingt jours après, environ, les douleurs reparaissent dans l'hypocondre droit, avec une sensation de constriction épigastrique; il n'y a pas de fièvre. Les crises durent de deux à quatre heures ; elles se répètent à peu près toutes les seize heures, nécessitant l'emploi de la morphine. Au bout de quelques jours, elles ne reviennent plus que toutes les vingt-quatre ou trente heures.

La malade recommence à avoir des urines bilieuses et un teint subictérique. Au bout de cinq jours, ces phénomènes biliaires cessent ; le subictère a complètement disparu, les garde-robes n'ont jamais été décolorées.

Le 21 octobre, se produit un accès de fièvre (38°8) avec frisson. Il cesse le lendemain matin.

Le 22, la malade a un léger subictère; l'état s'est bien amélioré. La pression au-dessus et à droite de l'ombilic est douloureuse, le foie augmenté de volume.

L'état s'améliore de nouveau, mais du 28 octobre au 4 novembre, nouvelle poussée fébrile, jusqu'à 39°8. Nouveaux accès le 28 novembre, le 3, le 5 décembre. La malade s'amaigrit, depuis le mois d'août elle n'a pas bougé du lit avec des hauts et des bas. Aussi se décide-t-elle à l'opération.

Au moment de son entrée à la maison de santé, nouvelle crise fébrile : 40°, avec subictère, décoloration des matières. On attend quelques jours, puis lorsque tout est rentré dans l'ordre, on opère.

Opération, le 30 décembre 1906, par M. Hartmann. — Incision onduleuse. Le duodénum est fusionné avec le foie ; on les

décolle avec l'ongle après incision au bistouri, et l'on arrive dans une cavité suppurée qui semble avoir partiellement détruit la tunique externe de l'intestin. La vésicule est peu volumineuse, scléreuse ; près de son sommet, plus exactement, un peu sur sa face inférieure, elle présente une perforation. La zone d'adhérences est large comme une pièce de 2 francs ; plus près de son col, la vésicule est libre sur sa face inférieure. Elle est remplie de pus, et ne contient ni bile, ni calculs. Comme le cholédoque est un peu loin, et que l'on n'y sent pas immédiatement de calculs, on pense qu'il y a lieu de s'arrêter, étant donné l'état grave de la malade et la présence de foyers suppurés, cause peut-être des frissons.

Un drain est placé dans la vésicule. Deux mèches de gaze, l'une en dedans, l'autre en dehors. Réunion du reste de la plaie, après avoir fixé la vésicule aux bords de l'incision, au niveau du péritoine et au niveau des muscles.

Suites opératoires. — Guérison sans incidents.

Actuellement, 15 juin 1907, la malade va bien, elle se porte comme elle ne s'est jamais portée depuis des années ; le teint est clair, la santé excellente.

Observation 39. — *Calcul du cystique. Cysticotomie. Guérison. Suites éloignées, 7 mois.*

B... Joséphine, âgée 55 ans, demoiselle de magasin, entre le 23 avril 1900, dans le service de chirurgie de l'hospice d'Ivry. La maladie qui la décide à entrer ne date que de quatre ans ; à la suite d'une contrariété, en juillet 1895, elle a éprouvé des malaises après les repas ; elle souffrait au niveau de la région épigastrique de tiraillements, puis de brûlures, qui commençaient dès la fin du repas, les douleurs ne s'accompagnant d'aucune irradiation. Au bout d'un quart d'heure, se produisaient des vomissements alimentaires et bilieux, mar-

qués surtout après le repas de midi. Trois ou quatre jours de suite, ces crises se reproduisaient, durant une heure environ. Souvent la malade restait un mois sans avoir de vomissements, mais ses digestions restaient un peu difficiles, et elle souffrait toujours un peu.

Sur les conseils de son médecin, elle se met au régime lacté ; on lui fait des lavages d'estomac. Son état semble s'améliorer, cependant elle dit qu'elle a maigri beaucoup pendant ces deux années.

Il y a un an et demi, à la suite d'une émotion, elle a, pour la première fois, une crise de coliques hépatiques, qui dure six heures, avec irradiations dans l'épaule droite ; on doit lui faire une piqûre de morphine ; pendant deux ou trois jours, la malade est ictérique. On ne retrouve pas de calculs dans les selles.

En août 1899, une autre crise survient ; elle entre dans un service de médecine, où elle prend de l'huile d'olives.

Jusqu'en décembre, elle fait de petites crises peu violentes, mais en décembre, elle en a plusieurs qui l'empêchent de travailler. Elle est toujours ictérique.

Les deux mois qui suivent, elle n'a pas de crise ; l'amaigrissement cesse de faire des progrès.

Depuis trois mois avant son entrée, elle est de temps en temps oppressée. Elle a eu au moment des crises, des selles plus foncées, vertes ; elles sont jaunes en temps normal.

Depuis six semaines, elle ne peut agrafer ses vêtements ; l'anorexie est absolue. Jamais il n'y a eu de fièvre.

La malade dit qu'elle a maigri d'une trentaine de livres.

Dans ses antécédents, il faut signaler qu'elle a eu des fièvres intermittentes en Algérie.

État actuel. — Les crises actuelles sont tellement violentes qu'elles obligeraient la malade à se rouler par terre. Son

teint est un peu jaune, la peau est sèche et flasque. Le ventre est tendu : cependant, en recherchant le ballottement, on voit que le foie déborde notablement à droite, et qu'il est, dans cette région, sensible à la pression.

La langue est recouverte d'un enduit saburral, rouge par places, lisse à d'autres.

Rien au cœur, ni dans les plèvres.

Les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine, ni pigments biliaires.

Opération, le 25 avril 1900, par M. Hartmann. — Incision sur la partie externe du muscle droit. Le foie déborde, il est peu scléreux. Les parois de la vésicule sont un peu épaissies ; la vésicule est presque vide, on n'y sent pas de calcul.

Le pylore est sain ; on voit quelques ganglions du volume d'un pois dans l'épiploon gastro-hépatique.

En suivant le cystique, on sent, au-dessus du duodénum, un calcul ; on l'attire dans la plaie, incise dessus, et on l'extrait.

Drain. Barrage à la gaze stérilisée autour. Réunion du reste de la plaie à trois étages.

Suites opératoires. — Les mèches sont enlevées le 29, le drain est enlevé le 12 mai ; l'opérée sort le 21. Guérison sans incidents. Le 22 novembre, nous revoyons la malade ; elle se porte bien, mange de tout et n'a plus jamais souffert.

II

CHOLÉCYSTECTOMIES TOTALES

Observation 1. — *Cholécystectomie pour cholécystite calculeuse. Guérison maintenue trois ans après.*

Mme B..., 35 ans, entre à Lariboisière le 26 mai 1904, avec le diagnostic de rein flottant.

Depuis longtemps déjà, elle avait des douleurs légères après ses repas ; en décembre 1902, pendant sa troisième grossesse, elle est prise d'une douleur plus violente dans l'hypochondre droit, qui dure plusieurs heures, irradiant vers les membres supérieurs ; la région reste endolorie quelques jours ; il n'y a, à la suite, ni ictère, ni décoloration des selles.

De nouvelles crises, du même genre, se produisent en avril et mai 1903, en février et en mars 1904 ; à ce moment, la malade remarque du sable rouge dans ses urines ; elle a un léger ictère, conjonctival.

En avril 1904, elle est prise de trois crises de douleurs à quelques jours d'intervalle. Elle entre alors dans le service.

État actuel. — La palpation de l'abdomen permet de sentir, à quatre travers de doigt au-dessous du rebord costal droit, une masse du volume d'un poing d'enfant, très mobile, à limites facilement reconnaissables, rénitente ; son bord

interne est à un centimètre de l'ombilic, son côté externe à quatre travers de doigt.

Opération, le 15 juin 1904, par M. Hartmann. — Incision parallèle au rebord costal. On arrive sur une vésicule volumineuse, à fond développé, saillant, libre d'adhérences ; on y sent plusieurs calculs. Après ponction, il en sort un liquide filant. Extraction de quatre calculs du volume d'une noisette ; on sent un point induré au niveau du cystique.

Décollement et ablation de la vésicule ; le point induré senti tout à l'heure est le ganglion cystique. Écrasement, ligature et section du canal cystique. Drainage. Réunion au reste de la plaie.

Suites opératoires. — Guérison sans incidents. Drain enlevé le 8.

L'opérée sort le 24 juin.

En mai 1907, revue, elle n'a plus jamais eu de coliques hépatiques, elle mange de tout, son état général est parfait ; cependant, quand elle travaille beaucoup, elle ressent quelques légères douleurs dans le côté droit.

Cicatrice sans éventration ; la pression n'en est pas douloureuse.

Observation 2. — *Cholécystite calculeuse. Cholécystectomie. Guérison maintenue trois ans après.*

B..., étagère, 28 ans, entre le 14 juin 1904, pour des douleurs dans l'hypochondre droit.

Début par une crise de douleurs, qui apparut quatre heures après le repas, le 20 avril 1904. Le 24 et le 28, nouvelle crise. Il n'y eut pas d'ictère à la suite.

État actuel. — L'inspection permet de constater une tuméfaction s'étendant à droite de la ligne médiane, de l'ombilic à cinq travers de droit au-dessus de la symphyse.

Au palper, on sent une tuméfaction s'étendant obliquement de dedans en dehors et de haut en bas jusqu'à 15 centimètres au-dessus du pubis, à grand axe transversal, suivant les mouvements respiratoires. La pression au point vésiculaire détermine de la douleur. Le ballottement est très net.

Opération, le 20 juin 1904, par M. Hartmann. — Incision à un travers de doigt au-dessous du rebord costal. La vésicule adhère à l'épiploon et au côlon. Après libération et ponction, on y sent des petits calculs ; le canal cystique en contient également.

Dans ces conditions, la cholécystectomie est décidée, et pratiquée, le cystique est lié au-dessous du dernier calcul.

Drain et mèche.

Juin 1907. — Depuis l'opération, la malade va aussi bien que possible. Elle n'a plus jamais souffert dans la région hépatique. Cicatrice sans éventration.

Observation 3. — *Cholécystectomie pour cholécystite calculeuse. Guérison. Suites éloignées trois ans.*

La malade, âgée de 37 ans, sans profession, entre le 22 juin 1904, à Lariboisière, pour des douleurs dans le flanc et l'hypochondre droits.

Début en août 1902. La malade est prise subitement, quatre heures après le repas du soir, d'une violente douleur dans le côté droit, irradiant vers l'épaule droite, accompagnée de vomissements alimentaires. Cette crise dure cinq heures.

Deuxième crise un mois après, avec les mêmes caractères.

La dernière crise douloureuse date du 17 juin 1904.

Jamais la malade n'a présenté d'ictère, ni de décoloration des selles.

État actuel (24 juin). — La palpation de l'abdomen est indo-

lente, sauf à droite, au-dessous du rebord costal, à quatre travers de doigt de la ligne médiane.

Au palper bimanuel, la main gauche étant appliquée en arrière, dans la région costo-iliaque, la droite restant sur la paroi abdominale antérieure, on sent une petite masse arrondie, dure, douloureuse.

Opération, le 15 juillet, par M. Hartmann. — Rouleau sous les reins. Incision le long du bord externe du grand droit, se recourbant en dedans et en haut.

Après ouverture du péritoine, la vésicule apparaît, sans adhérences. Son fond est grisâtre, scléreux ; on sent par la palpation, un calcul dans la vésicule.

Après incision, la curette ramène une série de petit calculs arrondis, à facettes.

La vésicule est libérée jusqu'en dehors du golfe du bassinet ; le canal cystique, très petit, est lié ; la vésicule est enlevée.

Drainage.

Suites opératoires. — Le 19 juillet, les selles sont décolorées, elle se recolorent le 24. Le drain est enlevé le 26.

La malade sort le 31.

Jusqu'en janvier 1906, elle a été très bien ; prise de troubles gastriques, elle vient dans le service, où on la met au képhyr; elle augmente de trois kilogrammes en vingt-trois jours, et sort en parfait état. Un mois après, elle a été reprise de troubles gastriques quand elle a voulu manger de nouveau de tout. L'estomac est dilaté.

Revue en juin 1907 ; cicatrice sans éventration, aucune douleur à la pression.

Observation 4. — *Cholécystectomie pour cholécystite calculeuse. Guérison. Suites éloignées cinq mois.*

Mme D..., 49 ans, entre le 19 septembre 1904, à Lariboisière, pour des douleurs dans la région du foie.

Il y a six ans, deux heures après le repas, survint une crise de douleurs, irradiant entre les deux épales, et la région lombaire droite ; dans la nuit, il y eut des vomissements bilieux. Cette crise dura six heures, et ne fut calmée qu'après une piqûre de morphine.

Depuis ce temps, dix ou douze fois par an, surviennent des crises semblables, toutefois sans vomissements. De plus violentes ont apparu le 23 août, le 10 et 18 septembre.

A l'entrée, la malade ne souffre plus, elle a bon appétit. Rien à signaler dans ses antécédents.

État actuel. — Le ventre est souple ; la paroi abdominale est infiltrée de graisse. A quatre travers de doigt au-dessus, de l'ombilic, à deux centimètres à droite de la ligne médiane on sent une tuméfaction arrondie, nettement délimitée, le palper en est douloureux.

Le 23 septembre, la malade a une crise de douleurs sans fièvre, et le lendemain, elle est prise de vomissements bilieux.

Opération, le 26, par M. Hartmann. Rouleau sous les reins. Incision en bayonnette. La vésicule se présente saillante, rigide comme un pouce énorme, qui fait saillie dans la plaie.

Décollement avec l'ongle des adhérences que la vésicule a contractées par sa face inférieure ; après incision dans le sillon hépato-vésiculaire, section des replis latéraux qui l'unissent à la vésicule, le foie est décollé avec le doigt. Pendant ces manœuvres, la vésicule se perfore en un point ; immédiatement, il en sort une masse pâteuse, jaunâtre, qui, par son aspect, sa consistance, rappelle les matières fécales.

La petite perforation est agrandie, et l'on extrait de la vési-

culeun moule compact, jaunâtre, assez consistant par endroits, pâteux à d'autres.

En explorant le cystique, on y sent une partie plus dure rappelant un calcul. La dissection de la vésicule est continuée jusqu'au delà de ce point ; le cystique est lié, puis sectionné.

Drainage. Réunion du reste de la plaie.

Suites opératoires. — 2 octobre, ablation du drain ; le 14, formation d'un petit abcès pariétal qui est drainé. Il s'en écoule un pus épais ; le 16, il est cicatrisé.

Le 19 octobre, l'opérée sort.

Elle a été revue le 18 février 1905, allant très bien, et n'ayant plus eu la moindre crise. Le seul phénomène particulier qu'elle présentait, c'était d'être sujette à avoir du hoquet depuis son opération ; elle en avait une seule secousse, de temps en temps.

Observation 5. — *Cholécystite calculeuse suppurée. Cholécystotomie. Cholécystectomie secondaire. Guérison. Maladevenue après deux ans et trois mois.*

H..., 27 ans, a eu pour la première fois, il y a trois ans, des douleurs dans le côté droit du ventre ; ces douleurs qui s'irradiaient en demi-cercle de l'épigastre autour de l'hypochondre droit, ont été très violentes pendant une journée et ont obligé le malade à garder la chambre pendant trois jours ; pas d'ictère, mais depuis cette époque et surtout depuis deux ans, elle est sujette à des maux de tête, elle a de la peine à digérer même les mets les plus simples ; les douleurs d'estomac qui surviennent deux à trois heures après le repas, s'accompagnent de la production de gaz, de lourdeur de tête.

Le 26 février dernier, après avoir déjeuné comme à l'ordinaire, la malade ressent une douleur en arrière et à droite de l'hypochondre, l'empêchant de respirer ; au bout de deux

jours la douleur se fixe en avant, au-dessous du rebord costal ; le Dr Main appelé constate qu'il y a de la fièvre, 39°. Depuis ce moment les douleurs persistent, ainsi que la fièvre ; pendant trois semaines la température ne varie plus qu'entre 39° et 39°8. Jamais de vomissements.

10 *mars* 1905. — Teinte subictérique légère ; 40° ; douleurs spontanées dans l'hypochondre droit ; au-dessous du foie un peu augmenté de volume, on trouve une tuméfaction assez mal limitée, douloureuse à la pression. L'urine contient une grande quantité d'urobiline, mais pas d'albumine.

Opération, le 14 mars 1905, par M Hartmann.

La partie inférieure du tronc est abaissée de manière à ouvrir plus largement la plaie, et à rendre plus accessible la vésicule. On ne peut pas la voir, cachée par le côlon transverse et le grand épiploon adhérant à l'encoche hépatique qui indique la situation de la vésicule. Le décollement de ces parties est amorcée au bistouri, puis continué facilement avec l'ongle.

La vésicule apparaît alors, arrondie, fibreuse, encastrée dans le foie. Sa ponction avec le trocart moyen de l'appareil Potain ne ramène qu'un peu de pus épais et granuleux. On l'incise alors au bistouri. Sa paroi mesure environ 8 millimètres d'épaisseur ; on en retire des calculs, les uns durs, les autres mous, tous mélangés d'un pus épais. On déblaye cette vésicule avec la curette, le doigt, et une pince. On ne peut extraire un calcul engagé dans le cystique, et, comme la malade est à 40°, il paraît plus sage de ne pas inciser au niveau du calcul, ni de faire de cholécystectomie. On se borne à placer un drain et à fixer grossièrement avec deux catguts la vésicule aux lèvres de l'incision. Réunion du reste de la plaie.

Suites opératoires. — La température tombe le surlendemain

au-dessous de 38°, pour atteindre 37° le 18. Elle remonte aux environs de 39° le septième jour. Au-dessus du drain, apparaît un peu de pus ; le 25, on trouve un calcul dans le drain. Sortie le 2 avril.

Il persiste une fistule donnant lieu à un écoulement muqueux un peu filant, incolore ; à deux reprises, la malade a eu une petite crise de coliques, sans ictère.

Opération, le 10 juin 1905, par M. Hartmann. — Incision onduleuse se dédoublant au niveau du trajet fistuleux. Dissection de ce trajet ; ouverture de l'abdomen au-dessous, puis sur les parties latérales, puis au-dessus.

Limitation du champ opératoire. Décollement des adhérences au-dessous de la vésicule. Incision à la jonction de la vésicule et du foie et décollement des deux organes, en incisant au bistouri sur les parties latérales de la vésicule.

Le canal cystique est ligaturé et lié ; on met un fil sur l'artère qui saigne.

Drain. Réunion du reste de la plaie.

La vésicule est réduite à un canal fibreux, épais ; au voisinage de son col, on trouve un série de sept calculs.

Suites opératoires. — Guérison sans incidents. Le drain est enlevé le 21. L'opérée sort le 1er juillet. La malade, revue le 11 juin 1907, est très bien portante. Cicatrice régulière, sans éventration ; il n'y a jamais eu la moindre douleur du côté du foie depuis l'opération et les digestions se font bien, c'est à peine s'il y a à de rares intervalles, à l'occasion de fatigues ou de mauvaises digestions quelques tiraillements dans la région sous-hépatique.

Observation 5. — 1° *Laparotomie pour péritonite suppurée à point de départ biliaire.* 2° *Deuxième intervention pour péritonite enkystée à point de départ cholécystique.* 3° *Cholécystectomie, appendicectomie cinq mois après la première opération. Guérison. Suites éloignées, deux ans et demi.*

P..., 35 ans, a eu il y a trois ans une série de crises de coliques hépatiques sans ictère, revenant tous les deux mois à tous les deux mois et demi, durant de six à dix-huit heures, la dernière en septembre 1902.

Dans la nuit du 1er au 2 février 1905, à 1 heure du matin, il est pris d'une douleur analogue à celle des crises antérieures avec vomissements, douleur épigastrique. Deux injections d'un demi-centigramme de morphine chacune sont faites à deux heures de distance.

Le 2 février au matin, un lavage de l'intestin ramène des matières et des gaz, mais la douleur persiste très violente survenant sous forme de crises qui se répètent plusieurs fois par heures, laissant entre elles des rémissions d'une dizaine de minutes.

A 7 heures du soir, le malade est vu par le Dr Mignot. Il existe une contracture de défense du tiers supérieur du grand droit, à droite. Le reste du ventre est souple, non douloureuse. Vomissements fibreux. Mictions normales. Pas de gaz par l'anus depuis le lavage de l'intestin. Température axillaire : 37°8 ; pouls : 82. Laudanum, diète hydrique, glace. Le 3 février l'aspect du malade s'est modifié. Il y a toujours de la défense musculaire, mais elle s'étend jusqu'à l'aine.

La douleur est plus vive à la hauteur de l'ombilic et à droite.

Température : 39°, pouls : 84. Même traitement.

Dans la nuit du 2 au 3, vers minuit, le malade a eu une douleur brusque à l'anus. Les douleurs ne survenaient pas

par crises, mais étaient continuelles et violentes, étendues à tout le ventre.

Dans l'après-midi T. : 38°7. Pouls : 86. Le malade a du hoquet, le ventre est ballonné, partout tendu, plus douloureux à droite qu'à gauche. Il existe un peu de submatité dans les deux flancs et les fosses iliaques. On a en même temps une sensation de tremblotement qui donne l'idée qu'il y a un peu de liquide. On a un peu la sensation de flot.

Le facies est bon, la voix n'est pas cassée, la langue est humide.

4 *février*. — Le facies s'est modifié. Il est devenu terreux, le nez est pincé, les yeux creusés. L'état local est le même, avec cette différence que la matité à droite s'est accentuée. Depuis hier soir, rétention d'urine. Pouls bon : 86. Température : 38°8. Contracture du grand droit à droite dans toute la hauteur de l'abdomen.

Opération le 4 février 1905 par M. Hartmann. — Incision sur le bord externe du grand droit se recourbant à sa partie supérieureen dedans, pour marcher parallèlement au rebord costal.

Le ventre ouvert, on abaisse le grand épiploon et le côlon ; au-desssous de la face inférieure du foie se trouve une collection de pus d'odeur intestinale fétide. La vésicule est pleine rouge, épaisse. Ponction avec un trocart. Aspiration d'une petite quantité de bile visqueuse, épaisse, absolument noire. Le doigt suit la vésicule ; la partie inférieure du tronc est abaissée, il s'écoule un peu de bile épaisse du ventre. Plus bas, on trouve du pus.

Ce pus semble descendre en dehors le long du côlon ascendant. Ligature de l'orifice de ponction et fixation du fil de ligature contre la paroi abdominale. Drain le long de la face inférieure du foie. Réunion du reste de la plaie.

Seconde incision médiane hypogastrique ; l'intestin est un

peu vascularisé ; on ne voit pas de pus, mais, en glissant le doigt le long de la face postérieure de la vessie, on arrive dans une grosse collection de pus infect. On place un drain à droite vers la fosse lombaire, son extrémité ressortant par la plaie hypogastrique. Un troisième drain encore plus gros, n° 60, s'enfonce dans le fond de l'excavation.

Le malade est reporté dans son lit, où il est assis.

Suites opératoires. — Guérison sans incidents notables; la température tombe à 37° le 10 février, le 16; on incise un abcès petit, développé sur la lèvre droite de l'incision.

Seconde opération le 11 avril 1905, par M. Hartmann. — Incision pratiquée sur l'ancienne cicatrice, partant du rebord costal, avec précautions, l'intestin est adhérent. On décolle avec précautions ; sous la lèvre externe et vers la partie inférieure, nous ouvrons une collection de pus d'odeur infecte.

Drain.

Le pus contient du bactérium coli, plus un gros bacille anaérobie.

Suites opératoires. — Guérison sans incidents, à part un petit abcès, à droite et en haut. Le drain est enlevé le 15 mai, l'opéré sort le 21.

Troisième opération le 7 mai 1905, par M. Hartmann. — L'on gratte le trajet suppuré qui existe actuellement, puis l'on incise à son niveau en recourbant et prolongeant en haut l'incision un peu au-dessous, et parallèlement au bord costal. On va avec précaution, pour ne pas léser l'intestin adhérant, et l'on arrive dans la cavité péritonéale. Le bord du foie est reconnu; au-dessous, la vésicule adhère à la paroi abdominale; l'ayant libérée, on la sépare du foie, on lie l'artère cystique, puis le canal.

Cette vésicule n'est pas très malade et ne contient pas de calcul.

On prolonge alors l'incision en bas et en dehors pour arriver dans la fosse iliaque. On décolle l'intestin et l'on arrive sur l'appendice, épaissi, situé entre l'intestin et le péritoine ilio-pariétal ; on l'enlève après ligature et l'on cautérise le moignon.

Deux drains sont placés, l'un en haut, l'autre en bas. Une mèche est placée au-dessous du drain supérieur.

Réunion du reste de la paroi aux fils d'argent.

Suites opératoires. — Le 10, la mèche est enlevée ; ablation du dernier drain. Le 20, guérison sans incident. L'opéré sort le 1er juin.

En juin 1907, a toujours joui d'une santé parfaite depuis l'opération.

Observation 6. — *Cholécystectomie pour cholécystite ulcéreuse, adhérant à l'estomac. Guérison. Suites éloignées, deux ans et demi.*

B... Joseph, 42 ans, boulanger, entré le 14 décembre 1904 dans le service de M. Le Gendre à Lariboisière, pour des douleurs intolérables dans la région de l'estomac, est passé en chirurgie le 18.

Ce malade, alcoolique, a commencé, il y a huit ans, à ressentir après les repas de la pesanteur à la région épigastrique, et à avoir des éructuations.

Cet état a été intermittent quatre années ; depuis, il est devenu permanent. B... a toujours été traité comme un hyperchlorhydrique ; à jeun, il ne souffre pas, mais une heure après le repas, il ressent de violentes douleurs, d'abord au creux

épigastrique, puis dans tout l'abdomen, mais surtout à droite, au-dessous de l'ombilic. Ces douleurs sont très aiguës, s'atténuant après un vomissement; souvent, les crises surviennent la nuit, réveillant le malade, et durant deux ou trois heures.

B... raconte que souvent c'est lui qui provoque ses vomissements pour calmer ses douleurs; il n'aurait jamais eu d'hématémèses; il a eu une selle « comme de la suie », une fois, il y a quatre ans; il a souvent des selles mélangées de glaires et de sang; il est constipé.

Rien à signaler dans les antécédents.

Etat actuel. — Le malade paraît avoir un peu maigri. Son ventre est plat; en déprimant brusquement la région susombilicale, on a une sensation de clapotement, et l'on provoque du péristaltisme.

Au palper, on ne constate pas de tumeur; mais un peu au-dessous du rebord costal droit, au niveau du grand droit, la pression est douloureuse et provoque de la défense musculaire; à ce niveau, le palper bimanuel donne une légère sensation de ballottement, répondant à la limite inférieure de la matité hépatique.

Il n'y a pas de stase gastrique après quatorze heures de jeûne; le tube ramène de l'estomac un liquide jaune citrin. Le repas d'épreuve montre l'augmentation de Cl dans tous les états, sauf à celui de HCl qui est en très petite quantité. L'urine contient un peu d'albumine et 19 grammes d'urée.

Opération le 20 décembre 1905, par M. Hartmann. — Incision sus-ombilicale paramédiane droite. Après ouverture du ventre, la vésicule apparaît, en partie enfouie dans le foie, fusionnée avec le pylore et la première portion du duodénum.

Un rouleau est alors glissé sous les lombes, et l'incision est prolongée en bas et à droite, puis verticalement.

Le foie et la région sous-jacente sont ainsi largement exposés. On amorce au bistouri le décollement de l'estomac d'avec la première portion du duodénum ; puis la vésicule est ponctionnée avec le trocart moyen de Potain ; 60 cc. d'une bile verdâtre, un peu épaisse, sont aspirés. La vésicule est séparée, au bistouri d'abord, puis avec le doigt, de la face inférieure du foie ; en grande partie, elle est intra-hépatique. Le repli de l'artère cystique est lié et sectionné, le canal cystique est lié ; un surjet au catgut rapproche les bords du décollement hépatique et fait l'hémostase.

Drain. Fermeture de la paroi à deux étages.

En juin 1907, l'opéré écrit qu'il ne ressent plus aucune douleur depuis l'intervention, mais il doit surveiller son alimentation. Son état général est bon, cicatrice sans éventration.

Observation 7. — *Cholécystectomie pour cholécystite calculeuse. Guérison.*

M. Jeanne, 20 ans, femme de chambre, entrée le 12 mars 1905, à Lariboisière pour des douleurs dans la région du foie, a été prise pour la première fois, il y a quatre ans, après le déjeuner, de douleurs à l'épigastre, qui ont duré une heure. Jamais elle n'a eu de vomissements. Le 20 janvier 1905, au huitième jour d'une grippe, elle est réveillée par une douleur brusque, très vive, qui irradie de la région épigastrique dans l'hypochondre droit ; elle vomit les aliments ingérés trois heures avant.

A la suite de cette crise survient de l'ictère, la malade entre dans le service de M. Le Gendre.

Pendant quelques jours, on lui fait appliquer de la glace sur le ventre ; elle est mise au lait ; et après un séjour d'un mois, en médecine, est envoyée au Vésinet. Là, elle a une nouvelle crise de douleurs, à 11 heures du soir, qui dure

deux jours, s'accompagnant d'ictère avec décoloration des fèces. A la suite de cette crise, apparaissent des douleurs en broche, sans hématémèses, ni vomissements alimentaires, l'ictère disparaît le troisième jour.

Le 24 mars 1905, dans la matinée, survient une crise, moins violente, suivie d'un ictère moins accentué ; elle dure quatre jours, la température monte à 38°. La malade entre le 27 mars, ne souffrant plus guère qu'au niveau de l'ombilic, mais surtout une heure après avoir mangé.

État actuel. — Le foie ne dépasse pas les fausses côtes, la vésicule n'est point sentie ; mais il y a de la contracture et une légère douleur au point vésiculaire.

Opération, le 5 avril, par M. Hartmann. — Rouleau sous les reins ; incision onduleuse au niveau du rebord costal, sur la partie externe du muscle grand droit.

La vésicule affleure le bord du foie ; quelques adhérences inflammatoires sont séparées avec le doigt. Ponction au trocart : il sort un peu de liquide muqueux. Après incision de la vésicule, le doigt qui y est introduit sent de nombreux calculs petits, à facettes, un peu plus gros que des grains de chènevis.

La vésicule est séparée du foie jusqu'au niveau du canal cystique qui est lié au catgut et sectionné. Drain, fermeture de la paroi à trois étages.

Suites opératoires. — Le 24, le drain est enlevé, le 10 mai, l'opérée sort guérie.

Observation 8. — *Calcul du cystique. Hydropisie de la vésicule. Cholécystectomie. Guérison. Suites éloignées, 18 mois.*

M. A..., 29 ans, a eu une série de coliques hépatiques de 1899 à 1903, toutes sans ictère; elles débutaient brusquement, la nuit généralement, sans vomissements. La morphine les

calmait. La dernière crise, en 1903, a été beaucoup plus forte que les autres, et a succédé à une série de petites crises subintrantes.

Depuis cette grande crise, il n'y a plus, à proprement parler, de crises ; mais, en 1904, pendant trois semaines, le malade a ressenti une douleur localisée dans l'hypochondre droit, sorte de colique hépatique fruste ; en 1904, il a constaté la présence d'une tumeur.

Actuellement, on trouve, à travers une paroi abdominale surchargée de graisse, une tumeur arrondie, sous-jacente au foie, du volume du poing, mobile latéralement, un peu sensible à la pression, sans être cependant franchement douloureuse.

L'examen du sang donne : GR : 4.960.000.

GB : 6.400.

et : Polynucléaires neutrophiles 71,3 0/0.

Lymphocytes 20,5

Grands mononucléaires. . 6,2

Éosinophiles 1,9

Il existe une cholémie nette.

Les urines ne renferment, en fait d'élément anormal, que des pigments biliaires.

Opération, le 2 octobre 1905, par M. Hartmann. — Le malade est placé en hyperextension. Incision onduleuse ; la vésicule apparaît, énorme : la ponction en retire un demi-litre de liquide opalescent, légèrement jaunâtre.

Incision à la jonction de la vésicule et du foie, puis sur les parties latérales ; en décollant, on arrive au col de la vésicule, où l'on sent un calcul ; on fait la ligature au-dessous de lui.

Ablation de la vésicule ; ses parois sont souples.

Le calcul est du volume d'une olive, mais plus allongé, ellipsoïde, sans facettes.

Réunion de la paroi abdominale avec un drain.

Suites opératoires. — Guérison sans aucun incident ; le drain est raccourci le 5, enlevé le 8. L'opéré sort le 23.

Il écrit, en décembre 1905, qu'il ne s'est jamais si bien porté.

En avril 1907, il va très bien, il n'a plus souffert depuis son opération.

Observation 9. — *Cholécystectomie pour cholécystite calculeuse. Mort.*

Mme B.., 60 ans, est atteinte depuis onze ans de coliques hépatiques ; elle entre le 8 décembre 1906, à Lariboisière. A la suite de la première crise, elle eut du subictère et de la décoloration des selles pendant quatre jours ; elle expulsa dans les selles un calcul de la grosseur d'un grain de maïs. Depuis cette crise, elle souffre de douleurs irradiées dans le dos et l'omoplate droit, tous les trois ou quatre mois ; elle n'a pas d'ictère à la suite. Elle va deux fois à Vichy, en 1897 et en 1898 ; après ces séjours, l'appétit revient, les crises diminuent de fréquence. En juillet 1905, la malade retourne à Vichy ; elle y contracte une bronchite, pendant laquelle survient une nouvelle crise de douleurs, quatre heures après les repas, suivie de vomissements bilieux ; cette crise dure dix jours. La dernière crise a eu lieu le 8 novembre 1906.

Depuis quinze mois, la malade a maigri.

Etat actuel. — La matité hépatique, très augmentée, descend jusqu'à l'ombilic. Le creux épigastrique est douloureux. Le bord inférieur du foie n'est pas nettement reconnu.

A droite, sur le bord externe du muscle droit, au-dessous du foie, on sent une masse arrondie, roulant sous le doigt, de la grosseur d'une noix, un peu douloureuse.

Opération le 21 octobre 1906 par M. Hartmann. — Incision onduleuse ; la vésicule apparaît immédiatement sous le foie,

grosse comme les deux pouces réunis, débordant le foie. Après incision entre elle et le foie et décollement avec le doigt, la vésicule est enlevée. Surjet sur le péritoine hépatique au niveau de la loge de la vésicule. Drain. Réunion du reste de la plaie.

La vésicule contenait un grand nombre de petits calculs, et deux du volume d'une bille, siégeant au niveau du cystique.

Les jours suivants, la malade s'affaiblit; elle meurt le troisième jour, sans avoir eu ni fièvre, ni vomissements, par affaiblissement progressif.

Autopsie. — L'estomac est distendu d'une manière excessive, descend jusque près du pubis. Il y a de l'œdème pulmonaire bilatéral. On trouve un anévrysme cupulliforme de l'aorte qui est pavée d'athérome.

Observation 10. — *Cholécystite calculeuse. Appendicite. Cholécystectomie. Appendicectomie. Suites éloignées, six mois.*

M^me^ H..., 38 ans, sans profession, entre à Lariboisière le 31 janvier 1907, pour des douleurs dans l'hypchondre droit. Depuis huit ans, elle éprouve parfois, après les repas, des malaises, des étouffements ; cet état dure deux ou trois heures ; depuis le mois d'octobre 1905, elle éprouve des douleurs dans l'hypochondre droit, marquées surtout la nuit, ne permettant que le décubitus latéral droit. Ces douleurs augmentant d'intensité, la malade consulte un médecin ; et ayant pris de l'huile d'olives sur ses conseils, elle rend, en avril, dans une garde-robe, une quantité de calculs à facettes, verdâtres. Cette évacuation s'accompagne de violentes douleurs dans le côté droit.

Jamais la malade n'a été franchement ictérique.

Elle va à Vichy, mais ne peut pas supporter l'eau, parce qu'elle a des accès de douleurs ; elle revient, plus malade

qu'au départ. Quand elle a pris de l'huile d'olives, elle rend dans ses selles des calculs.

Actuellement, la douleur est presque continue, et revient moins souvent par crises. Quand la malade est debout, elle a parfois des nausées ; l'an dernier, elle avait un peu maigri.

État actuel (31 janvier). — Pas d'ictère. Le ventre est plat, souple ; il y a du clapotement stomacal perceptible au-dessous de l'ombilic quatre heures après le repas.

La pression de la région appendiculaire est douloureuse ; au-dessus, le ventre est beaucoup moins sensible. Immédiatement au-dessous du rebord costal, la sensibilité reparaît ; la pression produit un sentiment nauséeux ; la recherche du ballottement exagère cette sensation. Dans les grandes inspirations la main sent quelque chose de résistant, mais ne peut apprécier si c'est le foie.

Les urines contiennent de l'indican et de l'urobiline.

Opération le 20 février 1907 par M. Hartmann. — Incision angulaire, parallèle au bord externe du droit et au rebord costal, commençant à un travers de doigt au-dessous de celui-ci. Le foie est scléreux, grisâtre au voisinage de la vésicule. Celle-ci présente à sa face inférieure des adhérences avec l'épiploon ; celles-ci sont libérées à l'aide du bistouri et du doigt ; incision à la jonction de la vésicule et du foie, et sur les parties latérales de la vésicule ; elle est détachée de la face inférieure du foie ; le canal cystique et l'artère cystique sont liés en masse.

Le cæcum est alors attiré dans l'angle inférieur de la plaie ; l'appendice est très long, replié et adhérent à la face externe du cæcum. Après dissection au bistouri et écrasement, l'appendice est sectionné à ras, le moignon est enfoui. Un point dénudé de la face externe du cæcum nécessite un petit surjet au catgut.

Un drain est placé au contact de la face inférieure du foie, la paroi est suturée à deux étages.

La vésicule contient de la bile épaisse et noirâtre, et de petits calculs ; l'appendice contient un calcul stercoral, mais pas de calcul biliaire.

Suites opératoires, 21 février. — La température monte à 38°8 ; le 22, à 39°4. Elle redescend à 37°6 le 23.

Le 24 mars. — Ablation du drain.

Le 12 avril. — L'opérée sort guérie.

Le 16 juin 1907, nous revoyons la malade, elle a une apparence florissante, la cicatrice est régulière, sans éventration, le foie normal ; la palpation ne permet pas de constater la moindre tuméfaction, il n'y a pas de douleur à la pression.

Observation 11. — *Cholécystectomie pour cholécystite calculeuse suppurée. Guérison.*

N... Marie, 37 ans, domestique, entre à Lariboisière le 2 avril 1907, pour une tumeur développée dans l'hypochondre droit depuis le mois de février, et qui depuis a augmenté de volume, et s'accompagne de douleurs de plus en plus vives.

En septembre 1906, la malade, qui depuis quelque temps déja se plaignait de douleurs dans l'hypochondre droit avec irradiation dans le flanc, a une crise plus forte suivie de syncope. Elle est admise dans le service de M. Le Gendre ; là, elle a, tous les huit jours, une crise qui dure deux heures ; aussitôt après le repas, la malade a un vomissement alimentaire ; ensuite, il ne persiste plus qu'une légère pesanteur, qui elle-même disparaît quand la malade se couche sur le côté gauche. Il y avait une diarrhée fétide, mastic, les urines étaient d'un rouge acajou ; après les crises apparaissait, pendant deux jours, du subictère. Après un séjour de trois mois

dans le service de M. Le Gendre, la malade s'en va soulagée.

En février 1907, elle constate qu'elle a une tuméfaction dans l'hypochondre droit ; les douleurs reviennent, plus vives, durant de trente minutes à deux heures, elles sont calmées par des vomissements glaireux qui se produisent alors.

État actuel. — Il n'y a pas de fièvre, le pouls bat à 90 ; la malade dit qu'elle a beaucoup maigri et a perdu ses forces.

A droite, à deux travers de doigt au-dessous du rebord costal, on voit une petite masse arrondie, du volume d'une mandarine, faisant saillie sous les téguments, suivant les mouvements respiratoires. Au palper, cette tuméfaction n'est pas bosselée ; il est facile de la délimiter en bas, en dedans et en dehors ; on sent un pédicule à sa partie supérieure ; la moindre palpation est douloureuse et amène de la contracture de la paroi ; cette tumeur n'est pas mate.

La malade a été opérée dans le service il y a deux ans, pour néphroptose.

Opération, le 20 avril par M. Hartmann. — Incision onduleuse. Le bord du foie descend au-dessous des fausses côtes de plusieurs travers de doigt ; il est soulevé par une masse dure ; la vésicule donne à travers ses parois épaissies la sensation de corps durs ; elle adhère à la paroi abdominale, par du tissu fibreux solide, que l'on sectionne aux ciseaux. Le fond de la vésicule est épais, gris, d'aspect scléreux ; au-dessus, la vésicule est cachée par le bord du foie, dans la face inférieure duquel elle paraît s'être creusé une niche ; en-dessous, elle est fusionnée avec l'épiploon et le côlon transverse. En libérant la face inférieure de la vésicule, au doigt et aux ciseaux mousses, une cavité à parois fougueuses est ouverte d'où s'écoule un muco-pus visqueux ; par une perforation de la vésicule sortent plusieurs calculs. La vésicule est ensuite séparée du foie, après dissection au bistouri ; le canal

cystique est lié. La cavité située entre le foie, le côlon et l'épiploon est marsupialisée ; un drain y est placé. Réunion du reste de la plaie.

Suites opératoires, 23 *avril*. — Écoulement d'un peu de bile, qui cesse le lendemain.

Le 6 *mai*. — Ablation du drain.

Le 15 *mai*. — L'opérée sort guérie.

Observation 12. — *Cholécystectomie pour cholécystite calculeuse.*

B... Marguerite, 29 ans, couturière, entre à Lariboisière le 22 mai 1907 par des coliques hépatiques répétées :

Étant enceinte de 8 mois, il y a deux ans, elle a eu une première crise trois heures après le repas du soir, avec irradiations dans l'épigastre et l'épaule droite ; cette crise s'est accompagnée de vomissements alimentaires ; elle a duré dix heures, et s'est terminée en s'atténuant graduellement ; à la suite, il n'y a pas eu d'ictère. Tous les deux mois environ, une crise semblable se produit.

Il y a trois mois, apparaît d'abord de l'urticaire, puis survient une crise extrêmement violente : douleurs dans la région vésiculaire, nausées et ictère, avec décoloration des matières ; la température est de 38° 5 dans l'aisselle.

Le huitième jour, la malade expulse un grand nombre de calculs de la taille de petites olives.

La douleur et l'ictère prennent fin.

Trois semaines après, nouvelle crise, moins longue, mais avec les mêmes symptômes ; une troisième crise a lieu trois jours après, une quatrième deux semaines.

La malade a eu un enfant. Sa mère a eu des coliques hépatiques.

État actuel. — Au sommet gauche, on entend des craquements, le pouls bat à 60. Il n'y a pas de fièvre.

La région vésiculaire est douloureuse au palper; on n'y sent pas d'empâtement profond.

Les régions épigastrique et ombilicale sont un peu douloureuses.

Le foie est de volume normal, la rate assez grosse. Il y a du clapotement gastrique.

Le rein droit est mobile.

Opération le 29 mai par M. Lecène. — Incision en baïonnette de Kehr. La vésicule n'est pas adhérente. On sent un calcul dans le cystique. Le cholédoque, exploré au doigt, paraît souple.

Cholécystectomie typique. Ligature isolée de l'artère cystique ; fermeture du canal cystique par un catgut. Surjet sur le lit de la vésicule.

Drain n° 30 jusqu'au contact du cystique. Réunion du reste de la plaie.

Le calcul, extrait est unique, mûriforme.

Suites opératoires. — Guérison sans incidents.

III

CHOLÉCYSTITES CALCULEUSES. CHOLÉCYSTECTOMIES ET CHOLÉCYSTOSTOMIES AVEC INTERVENTION SUR LE CHOLÉDOQUE ET L'HÉPATIQUE

Observation 1. — *Cholécystite calculeuse avec poussées d'ictère. Cholécystotomie. Fistule biliaire. Essais de fermeture de la fistule. Cholédochotomie secondaire. Guérison* (1).

Mme R..., 48 ans, il y a environ vingt ans, a eu des accès qui duraient trois à quatre heures le soir, par des crises de gastralgie ; elle restait des mois sans rien éprouver; elle n'a pas remarqué, à ce moment, l'état de ses urines.

Il y a treize ans, huit jours après un accouchement, elle a été prise de coliques hépatiques qui ont duré quelques heures; ces crises, peu à peu, se sont rapprochées, et mieux caractérisées ; il y a sept ou huit mois, elle a été jaune pendant vingt-quatre heures. Depuis, elle a eu plusieurs crises accompagnées chaque fois d'un peu d'ictère, de teinte foncée des urines, et de coloration mastic des selles.

Il y a quatre ou cinq mois, une série de crises douloureu-

1. Thèse de Français, obs. 6.

ses a été suivie au bout de quelques heures, de frissons avec claquements des dents, et de chaleur ; pas de sueurs.

Les crises se sont rapprochées de plus en plus, survenant plusieursfois par semaine, souvent accompagnées de frissons.

Depuis six mois environ, les urines sont restées foncées, les selles décolorées à peu près constamment.

La constipation est telle qu'elle nécessite des lavements. Jamais il n'y a eu de diarrhée.

La crise débute par une petite douleur dans l'hypochondre droit, elle augmente rapidement, irradiant dans le dos particulièrement sous l'omoplate droite. Elle dure de deux à quatre heures ; à la suite, il survient quelquefois un frisson.

La malade, depuis sept ou huit mois, a maigri de 25 kilos. Elle éprouve, deux ou trois heures après le repas, une douleur qui rappelle celle de la colique hépatique : il lui semble que les aliments ne passent pas, elle a sa crise, et souvent elle vomit ; le prurit revient de façon intermittente.

Elle a eu trois enfants, le dernier a 13 ans. Elle est réglée régulièrement.

État actuel, 21 décembre 1902. — Le ventre est partout souple. Le foie déborde dans la région épigastrique et au-dessous du rebord costal. La pression n'est douloureuse qu'au-dessous du rebord costal droit en dehors du muscle droit.

Par la recherche du ballottement, la main postérieure renvoie à l'antérieure une masse arrondie, dure. Cette manœuvre provoque une douleur assez vive.

Opération le 26 décembre 1902, par M. Hartmann. — Incision verticale partant du rebord costal au niveau de la partie externe du droit. Au-dessous du foie, le doigt rencontre une masse dure qui est le rein droit mobile. La vésicule n'a pas d'adhérences, ses parois sont souples. Elle contient des calculs. On l'incise, après avoir limité le champ opératoire. Il

s'en écoule une bile jaune, un peu floconneuse. La curette à bascule extrait 11 calculs, ayant chacun le volume d'une très petite noisette. Le doigt ne trouve plus d'autres calculs dans la vésicule, mais en sent un petit dans l'orifice du cystique.

La vésicule est fixée au péritoine par quatre soies, à l'aponévrose antérieure par deux catguts perforants. Drain. Deux mèches, l'une au-dessus, l'autre au-dessous.

Suites opératoires. — Les mèches ont été retirées le 28 ; le drain a été raccourci le 30, et enlevé le 1er janvier. Guérison sans incident, mais avec une fistule biliaire.

Le 17 janvier, la température monte au-dessus de 38°, l'opérée a un état nauséeux. Elle fait un petit abcès dans la lèvre externe de la plaie. Ouverture et drainage (jusqu'au 27) de cet abcès. La malade sort le 1er février de la rue Bizet bien portante mais avec une fistule biliaire. Les crises douloureuses ne se reproduisent pas, mais il persiste un léger subictère avec décoloration intermittente des matières, et une diarrhée chronique, d'environ quatre à cinq selles par jour.

Le 13 mai 1903, il persiste deux petits orifices fistuleux sur la cicatrice ; débridement du pont intermédiaire, curettage, suture de la partie inférieure de l'incision, tamponnement, de la supérieure. La fistule biliaire persiste.

Le 7 juillet 1903, incision se dédoublant au niveau de la fistule unique actuellement persistante, dissection du trajet, puis de la vésicule qui le continue, sans ouvrir le péritoine. Suture de la vésicule à deux plans. La bile prélevée pendant l'opération contient du colibacille et du bacillus perfringens.

Le soir de cette tentative de fermeture la température monte à 39°2, le pouls à 100. La fièvre continue le 8 et le 9 pour cesser le 10 juin où la bile a forcé la suture.

Plusieurs crises douloureuses surviennent pendant les mois

de juillet et août, chaque crise étant caractérisée par une douleur violente dans le côté droit, avec irradiation dans le dos, au-dessous de l'omoplate droite et vomissements. Chaque fois il y a arrêt de l'écoulement bilieux par la fistule et cet arrêt dure autant que la crise.

Au début de septembre, l'écoulement bilieux, après avoir progressivement diminué, s'arrête complètement ; en deux ou trois jours l'ictère devient intense. La pigmentation des urines a augmenté notablement ; quant aux matières, elles sont restées décolorées et diarrhéiques.

Prurit intense qui persiste encore.

Digestions pénibles, bien que l'appétit persistât.

Crises douloureuses plus fréquentes, avec ictère d'intensité modérée.

Pas de troubles respiratoires.

Pouls : 56 par minute.

Pas de souffles cardiaques.

Examen physique. — Coloration jaunâtre des téguments et des sclérotiques ; nombreuses lésions de grattage.

Au niveau du foie, on constate la cicatrice des interventions antérieures ; le point où se faisait l'écoulement est tout à fait sec.

La palpation du foie est un peu douloureuse dans la partie moyenne de l'hypochondre. Le foie déborde légèrement les fausses côtes. Pas trace d'ascite dans l'abdomen qui est plat et sonore.

14 *octobre.* — Crise douloureuse violente, qui dure deux heures ; le lendemain, les matières sont grisâtres, les urines sont toujours foncées.

17 *octobre.* — Nouvelle crise, mais un peu moins forte.

Opération le 19 octobre 1903, par M. Hartmann. — Hyperextension au tronc. Incision circonscrivant l'ancienne fistule

actuellement fermée. L'abdomen est ouvert, le côlon libéré de ses adhérences avec ce qui reste de la vésicule. Celle-ci est amenée en dehors avec la partie adhérente de l'ancienne fistule.

Débridement en dedans, un peu au-dessous du bord antérieur du foie. Les deux lambeaux sont rabattus sur la paroi, et momentanément fixés avec une soie.

Limitation du champ opératoire avec des compresses.

Descendant presque verticalement, on voit un gros conduit du volume du pouce se continuant en haut avec le cystique et présentant à sa surface un réseau de vasa-vasorum. Ces caractères permettent d'affirmer qu'il s'agit du cholédoque et non de la veine porte.

Il est fixé par deux pinces de Kocher et ponctionné au bistouri ; l'incision est alors agrandie pour permettre l'introduction du doigt. Celui-ci rencontre derrière le duodénum un calcul volumineux. Avec une curette à bascule introduite dans la plaie du cholédoque, le calcul est enlevé.

Un gros drain est placé au contact, et tout autour, trois mèches de gaze.

Réunion de la paroi au fil d'argent.

19 *octobre*, au soir. T. : 37°3 ; P. : 104.

20 *octobre*, matin. T. : 38° ; P. : 106. Soir. T. 38°3 ; P. : 110.

Le pansement est fortement imprégné de bile et de sang.

Les jours suivants, la température oscille autour de 37°5.

Le 25. — Ablation des trois mèches. Dans la nuit suivante, survient une forte hémorragie au niveau de la plaie. On fait un tamponnement après avoir instillé quelques gouttes d'adrénaline. Cinq jours après, ce tamponnement est retiré.

5 *novembre*. — Le drain est raccourci, puis de nouveau le 10. On le retire le 11.

Le 20. — La malade quitte l'hôpital, guérie.

Revue le 3 août 1905. Elle pesait 51 kilos, à la première opération. Elle en pèse actuellement 95.

En mars 1907, va très bien.

Observation 2. — *Cholécystite calculeuse. Cholécystotomie en* 1901. *Fermeture spontanée de la fistule six mois après. Retour des douleurs. Deuxième intervention en janvier* 1906. *Péritonite plastique sous-hépatique. Cholécystectomie et cholédochotomie exploratrice. Guérison. Réapparition partielle des douleurs en* 1907.

Mme M..., 32 ans, a depuis l'âge de 14 ans des coliques hépatiques, survenant pendant un grand nombre d'années, sous forme gastralgique, plus intenses depuis trois à quatre ans et s'accompagnant alors assez souvent d'ictère. Elle a eu six grossesses pendant ce temps et a été traitée pour une métrite et pour une pneumonie grippale. Depuis deux ans, le teint est constamment un peu jaune sans que cependant il y ait de l'ictère franc à aucun moment. Une saison à Vichy n'a eu pour résultat que d'augmenter les douleurs. Au moment des grandes crises, on trouve dans les matières de petits calculs.

État actuel. — Le foie n'est pas augmenté de volume ; la pression de l'épigastre et surtout de la région située au-dessous du rebord costal droit détermine de la douleur. La malade a constamment des crises que 2 ou 3 centigrammes de morphine arrivent à calmer. Elle ne peut supporter que le lait. Les crises reviennent deux ou trois fois par vingt-quatre heures et nécessitent 2 à 3 centigrammes de morphine par jour. La malade est devenue extrêmement nerveuse.

Opération le 24 août 1901, par M. Hartmann. — Incision partant du rebord costal sur le bord externe du muscle droit. On tombe sur la vésicule grisâtre, scléreuse d'apparence. Sa face

inférieure adhère à la première portion du duodénum et à l'estomac. Après décollement et libération, on n'y sent pas de calculs, ou l'incise et la curette ramène un petit calcul mûriforme, du volume d'un grain de chènevis.

Quatre points de catgut fixent la vésicule au péritoine, deux autres aux lèvres droite et gauche de la plaie. Un drain dans la vésicule, mèches de gaze au-dessus et au-dessous. Réunion de la paroi à trois étages.

La bile est assez claire et ne contient que très peu de grumeaux.

Suites opératoires. — Guérison sans incidents, le teint redevient clair, la malade peut se coucher sur le côté droit.

20 *septembre.* — La malade sort avec une fistule, ne souffrant plus et ne prenant plus de morphine.

En septembre, étant en chemin de fer, elle est reprise, dans le côté droit, de souffrances qui augmentent rapidement d'intensité, donnant une sensation de déchirure ; il lui devient impossible de se coucher sur le côté. Elle passe l'hiver de 1901-1902 presque constamment alitée, et souffrant presque tous les jours. On peut suivre à la fistule les modifications de la bile : les jours où la malade souffre un peu, elle s'écoule claire et liquide ; elle devient épaisse et noire quand les douleurs violentes reparaissent. La fistule biliaire se ferme à la fin de janvier 1902. Une fois ou deux seulement, les matières ont été décolorées.

Les douleurs se renouvelaient trois ou quatre fois par jour, et au printemps elles reviennent régulièrement après chaque repas.

Un séjour à Vichy en juin 1903 rend la situation un peu meilleure pendant quelque temps ; mais en hiver l'état empire. Aux souffrances après chaque repas, viennent s'ajouter d'autres, chaque fois que la malade a été à la selle.

Au milieu de l'hiver, de décembre à mars 1903, il y eut une amélioration factice due à l'usage exagéré de la morphine. Quand les doses furent diminuées de façon considérable, les douleurs ont reparu.

Depuis ce moment, elles ont persisté, moins violentes en été qu'en hiver. Les douleurs provoquées par le passage des calculs ont été moins bien fréquentes depuis l'opération.

En quatre ans et demi, les urines ont été souvent foncées, mais les selles ont été décolorées sept ou huit fois seulement.

L'appétit a disparu petit à petit, les digestions sont devenues de plus en plus pénibles, il y a eu des renvois et parfois des nausées.

Depuis six mois surtout, il arrive que la malade reste des journées sans presque rien manger.

Le dosage d'urée, en 1903 et en janvier 1906, montre que la quantité d'urée a diminué des deux tiers.

La malade devient enceinte vers le 20 juillet 1905; les souffrances augmentent beaucoup, l'affaiblissement devient très grand.

Le 12 septembre, se produit une fausse couche, et dix jours après, se déclare une infection hépatique. La température oscille entre 37° et 39°. Les urines deviennent noires, contenant une quantité notable de bile, mais pas d'indican.

La fréquence et la violence des crises ne faisant qu'empirer, la malade demande à être opérée de nouveau, elle prend de 14 à 18 centigrammes de morphine par jour.

Il n'y eut d'ictère depuis la première intervention, qu'au moment de l'infection à la suite de la fausse couche. Le palper est difficile à cause de l'épaisseur de la paroi, chargée de graisse, et il provoque immédiatement une crise douloureuse.

Seconde opération le 11 février 1906 par M. Hartmann. —

Un coussin est placé sous les reins. Incision onduleuse. En avant de l'estomac, un peu à gauche du pylore, on remarque une bride épiploïque enserrant l'organe, on la déchire ; l'estomac est libéré. La vésicule, épaissie, scléreuse, adhère au duodénum, au foie, à la paroi abdominale. Elle est libérée, disséquée au bistouri et à l'ongle ; ligature du repli de l'artère cystique, et ligature du canal. Le cholédoque semble un peu coudé, attiré par le cystique et dilaté ; il paraît ne plus l'être après section du cystique ; cependant, comme il est possible qu'il contienne un calcul, il est ouvert, un explorateur à boules n° 14 y est introduit, et pénètre dans l'intestin sans rencontrer de calcul. Ablation du fond de la vésicule qui est resté adhérent à la paroi. Drainage de l'hépatique. Mèche au-dessus et en dehors. Suture de la paroi.

Suites opératoires. — La mèche est enlevée le 14, le drain est supprimé le 19, l'écoulement bilieux cesse le 1er mars ; l'opérée commence à se lever le 6.

La malade qui a supprimé complètement la morphine pendant le traitement consécutif à cette opération, se porte très bien à partir de ce moment. Les digestions se font régulièrement et la vie menée est normale. Tout va bien pendant un peu plus d'un an, n'ayant souffert que d'une crise de coliques intestinales avec diarrhée abondante et fièvre en juillet 1906.

En janvier 1907, après s'être beaucoup surmenée pour soigner un de ses enfants atteint d'appendicite, elle fut prise à la suite d'une grande agitation et d'une course violente au cours d'une manifestation politico religieuse, de vives douleurs à l'épigastre avec irradiation vers l'épaule droite. Depuis ce moment jusqu'en avril, la malade est sujette de nouveau à des crises douloureuses avec décoloration des matières et présence dans leur intérieur de petits calculs à arêtes vives, à de la

fièvre (38° et même 39°); elle, qui avait très bien repris, maigrit de nouveau un peu.

Le foie est petit, la rate un peu augmentée de volume, la pression détermine de la douleur au-dessus et à droite de l'ombilic.

En fin avril, sans cause connue, l'état s'améliore de nouveau, les selles se recolorent, l'urine redevient claire et le subictère disparaît.

Observation 3. — *Cholécystite calculeuse, cholécystostomie. Persistance d'une fistule. Tentative de fermeture de la fistule. Cholédochotomie. Guérison. Suites éloignées, deux ans* (1).

Mme B..., âgée de 53 ans, souffre dans la région du foie depuis vingt-deux ans. En 1880, première colique hépatique avec ictère consécutif durant un mois, d'autres crises se succèdent à intervalles plus ou moins éloignés, dans le courant de cette année.

En 1881, elle va à Vichy, prenant de la source « Grande Grille » car elle ne digérait pas « l'Hôpital », le traitement amena une amélioration notable; les crises cessèrent momentanément, et l'appétit reparut.

L'état se maintint stationnaire pendant sept ou huit ans, avec, tous les ans, plusieurs crises accompagnées d'ictère.

En 1891, survint une série de crises hépatiques ; pendant trois mois, elle ne cessa de souffrir, mais sans qu'il y ait de retentissement du côté du péritoine. Au cours d'une selle diarrhéique, elle rendit un calcul biliaire. Pendant toute la durée de cette crise, elle eut de l'ictère.

De 1881 à 1899, l'état se maintient stationnaire ; elle a, de loin en loin, une crise de coliques avec ictère passager et

1. Thèse de Français. Obs. 4.

décoloration des matières. Les troubles digestifs sont presque continus, les digestions se font mal, l'appétit et presque nul.

En décembre 1899, survint une crise extrêmement violente, accompagnée de vomissements, de ballonnement du ventre ; on lui fit une piqûre d'éther, et, pendant plusieurs jours, on lui appliqua de la glace sur le ventre. A partir de ce moment, elle garda le lit, souffrant d'une façon presque continue.

Juin 1900. — Elle fit une saison à Vichy, qui amena une légère amélioration et une sédation des douleurs pendant trois semaines. Vers la fin de juillet, surviennent quelques crises hépatiques avec ictère.

26 *juillet*. — Vers deux heures de l'après-midi, la malade étant couchée, fut prise d'étouffements, de vomissements ; le ventre se ballonne. Pouls petit et fréquent, fièvre et douleur vive au niveau de l'estomac.

Le soir, l'état est assez grave, la malade répond cependant bien aux questions ; le ventre est partout douloureux.

Les jours suivants, les symptômes s'amendent à la suite d'une débâcle bilieuse.

5 *août*. — Nouvelles crises de coliques hépatiques avec vomissements ; l'ictère augmente, les crises se succèdent à intervalles de quatre ou cinq jours. La température se maintient presque constamment au-dessus de 38° avec de temps en temps des accès où le thermomètre monte à 39° ou 39°3, en même temps que surviennent des frissons.

Au cours d'une de ces coliques, la malade rend deux calculs dans une selle. Les matières sont parfois bien colorées, d'autres fois moins, mais pas de décoloration complète ; à plusieurs reprises, elle rend des selles abondamment bilieuses.

Le 13. — La malade se plaint d'un point de côté à gauche ; à l'auscultation, on perçoit un souffle, avec des râles crépitants,

au-dessous de l'angle de l'omoplate gauche. A droite, râles crépitants mêlés de frottements parcheminés.

Le 23. — Une nouvelle poussée péritonéale se déclare, le ventre se ballonne ; il y a des vomissements, la température monte à 39°6 le soir, le lendemain matin elle descend à 37°.

Le ballonnement cesse au bout de deux ou trois jours, mais la fièvre persiste, oscillant entre 38° et 38°6.

A la palpation, on provoque de la douleur au niveau de l'épigastre, mais le maximum siège au-dessous du rebord costal, au niveau du rebord externe du muscle droit ; à ce niveau, il existe de la défense musculaire.

La recherche au ballottement provoque une douleur vive.

En présence de cet état, une intervention s'impose.

Opération, le 15 septembre 1900, par M. Hartmann. — Incision verticale partant du rebord costal sur le bord externe du muscle droit, ouverture de l'abdomen ; le foie déborde.

Le côlon transverse et l'épiploon lui adhèrent. Cependant, au niveau de l'encoche du foie, on aperçoit une surface arrondie, grisâtre, évidemment la vésicule. Le côlon et l'épiploon sont décollés, puis abaissés. La vésicule, encerclée de compresses est alors ponctionnée. Il sort 150 cc. de bile vert foncé, floconneuse, une certaine quantité s'écoule ensuite. La vésicule, dont la paroi est très friable, est incisée. Avec la curette, on enlève quantité de calculs dont les uns sont noirâtres, durs, les autres mous et jaunâtres, et une certaine quantité de mortier, non encore concrétée en calculs véritables.

Comme il est possible de tout enlever, la vésicule est fixée à la paroi par une suture séro-séreuse.

Drain dans la vésicule.

A droite et à gauche, suture de la vésicule à la peau, au-dessus et au-dessous, deux mèches de gaze.

Réunion au catgut de la paroi musculaire, très amincie. Crins cutanés.

Suites opératoires. — Les jours suivants, l'écoulement biliaire par la fistule se fait abondamment. A plusieurs reprises, la malade rend par le drain des calculs de volume variable. Les garde-robes sont colorées, mais avec de petites intermittences ; il y a fréquemment des débâcles de sable bilieux.

La température oscille entre 37°2, et 38°. L'alimentation ordinaire est reprise, la malade mange avec appétit.

23 *octobre.* — Entre midi et une heure, survient un grand frisson ; la température monte à 39°5, à 5 heures, elle est à 38°2, le lendemain matin à 37°.

L'écoulement fistuleux persiste, assez abondant, sans tendance à la régression ; malgré cela la maladie engraisse, ne souffre plus et reprend ses occupations.

Au bout d'un an, l'ictère reparaît, les matières se décolorent, d'abord de façon intermittente, (de temps en temps, traînées bilieuses sur les matières blanches) puis prolongée.

La fistule fonctionne imparfaitement.

De nouvelles crises de coliques surviennent, avec fièvre, vomissements, recrudescence de l'ictère ; ces crises deviennent plus fréquentes ; on porte le diagnostic d'obstruction du cholédoque, et après échec du traitement médical par l'huile d'olives, une nouvelle intervention est décidée.

Opération, le 22 janvier 1902, par M. Hartmann. — Une soie en bourse est passée préalablement autour de la fistule ; puis la paroi est désinfectée.

Incision verticale se dédoublant au niveau de la fistule. Libération de la vésicule des anses intestinales sous-jacentes et du foie. Pendant ces manœuvres, à six centimètres environ de l'orifice cutané, la vésicule se rompt ; un flot de bile ver-

dâtre inonde le champ opératoire, préalablement protégé.

Par cette ouverture involontaire, on introduit le doigt dans la vésicule, et l'on constate dans le cystique, une série de concrétions de volume variable. On en commence l'évacuation avec une curette à bascule et avec le doigt. Une colonne calculeuse se prolonge derrière le duodénum dans le cholédoque. Le duodénum est libéré, puis abaissé, l'incision de la face inférieure du cystique est prolongée jusque contre le cholédoque, ce qui permet de le vider de toutes ses concrétions.

La plus grande partie de la vésicule est excisée. Une bande intacte de sa paroi supérieure est conservée et suturée à la paroi musculo-aponévrotique.

Un drain n° 40 est introduit dans le cholédoque. Au-dessous, on établit un barrage à la gaze; puis le reste de la plaie est suturé.

Suites opératoires. — Le 22 au soir, T. : 37°3. Le pansement est imprégné de bile.

23. — Matin : 37°6; soir : 38°2. La bile coule abondamment. L'état général est bon.

24. — Matin : 37°6 ; soir : 39°2. L'écoulement biliaire est mêlé de sable, et le pansement dégage une odeur intestinale. La malade tousse un peu et ressent un point de côté. Ventouses.

25. — Température : 37°4 et 37°6. La malade rend une garde-robe assez bien colorée et dure, le pansement dégage toujours une odeur intestinale.

27. — Ablation de la mèche, T., matin : 37°7 ; soir : 38°. Deux selles décolorées.

28. — Une selle décolorée. L'odeur intestinale du pansement a disparu complètement.

29. — Le drain est raccourci de deux centimètres. Écou-

lement toujours abondant. Selles décolorées, T. : 37°, 38°.

30. — Peu de bile dans le pansement. Selles un peu colorées. Après le pansement, crise hépatique et vomissements, suivie d'issue de petits calculs par la plaie.

31. — Un lavage de la plaie ramène trois petits calculs. Les matières se recolorent ; l'écoulement diminue beaucoup.

2 février. — Ablation du drain. La température ne dépasse pas 37°4.

6 février. — La malade rend un calcul dans une garde-robe ; pendant toute la journée, léger état nauséeux.

7. — Deux selles colorées, l'une avec deux calculs, l'autre avec douze petits.

8. — La malade rend encore plusieurs calculs dans les selles. A midi, forte colique hépatique, l'écoulement biliaire reprend, abondant, T. : 36°6 le soir ; malaise général.

9. — Plus de fièvre. Deux calculs, dont un assez gros, dans les selles. Plus de fièvre, écoulement biliaire presque nul.

Les jours suivants, la malade rend encore plusieurs calculs ; l'écoulement biliaire a complètement cessé ; la coloration des matières est normale.

16 février. — Sort guérie.

La guérison s'est maintenue parfaite pendant six mois; les forces reviennent peu à peu, l'appétit est bon.

Vers le mois de juillet, à la suite d'une sortie un peu prolongée, et d'un écart de régime, la malade fut prise d'accidents d'ictère grave, et succomba en quelques jours.

Observation 4. — *Angiocholite. Cholédochotomie et et cholécystotomie. Drainage de l'hépatique et de la vésicule. Guérison avec fistule biliaire. Fermeture de la fistule. Suites éloignées, trois ans quatre mois.*

Mme L..., 42 ans, est prise le 12 mars 1904, de douleurs articulaires, ne s'accompagnant pas d'ictère, ni de fièvre. Les

jours suivants, elle a une éruption scarlatiniforme, sans angine ni élévation thermique. Elle est extrêmement faible, et dans état presque adynamique.

Le 1er avril, elle est prise de nausées, de douleurs dans la région du foie, sans crise hépatique nette. Les mains sont enflées. Elle a une sensation d'obstruction stomacale, les urines sont rares.

Le 5 avril, le mauvais état persiste, la faiblesse augmente, l'alimentation est presque nulle ; les urines (600 cc) ne contiennent pas de pigments biliaires, mais de l'urobiline en quantité. Quotient azoturique 0,80. Acide urique 0/00 3,40 ;

Le 13 avril, le teint devient ictérique. Urines 680 cc., urée 23 grammes, réaction biliaire nette.

Le 14, la température monte le soir à 38°5. Point vésiculaire, très douloureux, avec irradiations de tous cotés, la faiblesse est extrême, l'ictère a augmenté. On porte le diagnostic d'angiocholite.

Le 15, T. : 37°7, 38°5, urines 1.800 cc.

Le 16, T. : 37°7, 38°, l'état général est meilleur.

Du 17 au 19 la température oscille de 37°5 à 38°7. Les selles sont alternativement colorées et décolorées. Le foie, le 19, est douloureux. État nauséeux continuel. Deux vomissements dans la journée.

Le 22, à 6 heures du soir, la malade est prise d'un grand frisson accompagné d'une grande faiblesse. T. : 37°4 le matin, 39°7 le soir. Les urines sont très colorées, les matières sont blanchâtres.

Antécédents : La grand'mère paternelle de la malade a eu des coliques hépatiques, son père souffre également du foie. Son grand-père, du côté maternel, est mort d'un cancer du pylore.

La malade, en 1879, a eu de l'ictère pendant huit ou dix

jours, accompagné de vomissements, et de douleurs très fortes à la région épigastrique.

Elle a eu une grippe, avec complications nombreuses, en 1890. Sa première crise hépatique nette date de 1893. Elle a fait une saison à Vichy, et deux à Vittel.

Depuis 1893, elle a par an cinq à six crises de coliques hépatiques, sans ictère.

Opération, le 23 avril 1904, par M. Hartmann (maison de santé, rue Oudinot). — Cholédochotomie et cholécystotomie. Drainage de l'hépatique et de la vésicule.

Suites opératoires. — Suppression du drain du cholédoque le 25, ablation des mèches le 27, le 28, le drain vésiculaire est enlevé, le 29, les vomissements cessent, la température est à 37°4.

Guérison sans incidents, à part une crise de tachycardie, avec élévation thermique à 38°, le 4 mai (pouls 180).

Sort le 19 mai 1904, avec une fistule biliaire (1).

Entre de nouveau le 8 novembre 1905, pour faire fermer cette fistule.

Opération, le 9 novembre 1905, par M. Hartmann.

Dissection de la fistule, excision du fond de la vésicule sans ouverture du péritoine. Suture au catgut 0, en surjet prenant tout, puis ramené en un deuxième plan non perforant par dessus le premier.

Réunion de la plaie, sauf au niveau même de la suture, où l'on place une mèche de gaze stérilisée.

Suites opératoires. — La mèche est enlevée le 14, les fils le 19. La malade sort guérie le 22.

En juin 1907, la malade souffre encore de temps en temps du foie; de plus, a quelques crises de coliques néphrétiques à gauche.

1. Voir *Bulletin de la Société de Chirurgie*, 1904, page 521.

Observation 5. — *Cholécystectomie et cholédochotomie pour cholécystite calculeuse et calcul du cholédoque. Guérison maintenue deux ans après* (1).

Mme D..., 67 ans, entre le 2 mars 1905 à Lariboisière, pour des douleurs dans l'hypochondre droit.

Elle a commencé à souffrir il y a trois ans environ ; en juin 1902, elle fut réveillée, vers 11 heures du soir, par une douleur brusque et violente dans tout le ventre ; il n'y eut pas de vomissements ; cette douleur dura toute la nuit et ne fut calmée que par la morphine. Deuxième crise, semblable, sept mois après. A la suite d'une troisième, en juin 1904, l'ictère apparut, s'accompagnant de décoloration incomplète des matières.

Le 25 août 1904, la malade est prise subitement de frissons et de vomissements qui cessent au bout de deux heures ; le surlendemain, les vomissements reparaissent, l'ictère s'accentue.

Du mois d'août au mois de novembre 1904, tous les quinze jours en moyenne, surviennent des accès de fièvre qui durent deux heures, s'accompagnant de douleurs abdominales, l'ictère régresse ou s'accentue.

En novembre 1904, la malade entre à Broussais ; elle est mise au régime lacté et prend de l'huile d'olives ; elle n'a plus que ses accès de fièvre.

État actuel. — Le 4 mars, le foie est très augmenté de volume ; il déborde le rebord costal de quatre travers de doigt ; il est peu douloureux. La palpation profonde fait sentir, du côté droit, sur une ligne horizontale passant par l'ombilic et au niveau du bord externe du grand droit, une masse dure, lisse, douloureuse, dont la matité se confond avec celle du foie.

1. Thèse de Français, obs. 11.

Opération, le 8 mars 1905, par M. Hartmann. —Un rouleau est placé sous les lombes. Incision en bayonnette dont la partie moyenne répond au bord inférieur du foie.

Le foie apparaît dans la plaie ; son bord inférieur est fusionné avec le côlon transverse et le grand épiploon. Après incision et décollement sur une étendue de deux centimètres, de la masse fibreuse qui unit le foie au côlon, apparaît un cordon fibreux, du volume d'un crayon, qui s'élargit ensuite ; c'est la vésicule biliaire, fibroïde, adhérant aux parties voisines. A mesure que le décollement s'avance, il est plus facile, la vésicule devient plus volumineue et plus souple. Il en sort après ponction, un peu de bile, brunâtre, mêlée de mucosités. Plus profondément, on sent le cholédoque, contenant, au niveau du duodénum, un calcul du volume d'une bille.

La vésicule ayant été enlevée, une sonde cannelée, est enfoncée dans la section du canal cystique, puis une branche de ciseaux ; il est fendu jusqu'au cholédoque. Enlèvement de calculs ovoïdes, sans facettes, à surface un peu grenue, du volume d'une bille.

Il s'écoule alors de la bile plus dorée, et plus fluide que celle de la vésicule.

On place un drain dans le canal hépatique, une mèche de gaze au-dessous. Réunion du reste de la plaie.

Suites opératoires. — La mèche est retirée le 11 mars, le drain le 19 ; le lendemain les matières sont recolorées.

L'opérée sort guérie le 31.

En juin 1907, elle va très bien et mange de tout, digère bien, n'a jamais eu de douleurs hépatiques. Pendant les premiers mois qui ont suivi l'opération elle avait, à la suite de lavements, des glaires dans les garde-robes. Depuis, les garde-robes sont normales.

Observation 6. — *Cholécystite calculeuse. Cholécystectomie, cholédochotomie. Guérison. Suites éloignées, deux ans et trois mois.*

F..., Claudine, 50 ans, cuisinière, entre le 22 avril 1905 à Lariboisière, pour des douleurs dans le ventre. Elle se plaint de son côté droit depuis une vingtaine d'années, sans que les repas provoquent des douleurs ; elle a eu des vomissements quatre ou cinq heures après avoir mangé. Les selles, pendant longtemps, ont gardé leur coloration normale ; d'ailleurs la malade ne souffrait que d'une façon intermittente, restant parfois des mois sans éprouver la moindre douleur.

Le 19 décembre 1904, les douleurs deviennent plus vives, intolérables, irradiant dans tout le ventre, vers l'épaule et le sein gauches. Cet état dure deux jours. Dès le début de cette crise, était apparu de l'ictère, qui persista deux jours après la disparition des douleurs.

D'autres crises, mais moins longues, surviennent ; une, le 25 décembre 1904, qui dure cinq heures.

Une autre crise de douleurs se produit le 19 janvier, à cinq heures du soir, avec irradiations entre les épaules ; l'ictère reparaît immédiatement après. La malade souffre deux semaines, avec des intervalles de repos ; à la suite, la malade reste très affaiblie.

Nouvelle crise le 5 avril, qui dure une heure, et une autre le 21.

Pendant ces crises, il y avait beaucoup de vomissements verdâtres.

Depuis un mois l'appétit a disparu.

Pas de maladies antérieures. La malade a eu quatre enfants ; sa mère est morte à quarante-deux ans, d'une maladie d'estomac.

État actuel. — Depuis trois mois environ, la malade a maigri, et a perdu l'appétit. A l'examen, on ne trouve rien, qu'une douleur localisée au-dessous du rebord costal droit, au niveau du bord externe du muscle grand droit. Le 3 mai survient une petite crise suivie d'ictère qui dure un jour.

Opération, le 5 mai, par M. Hartmann. — Rouleau sous les reins. Incision onduleuse. La vésicule déborde le foie ; elle est grisâtre, non distendue, sans adhérences. On y sent des calculs multiples. Le décollement, amorcé au bistouri, est continué avec les doigts. La vésicule, complètement décollée d'avec le foie, est tirée en haut par un aide ; le duodénum ayant été abaissé, le cholédoque peut être examiné ; comme il est dilaté, il est incisé, exploré avec le doigt, ainsi que l'éperon que forme le cystique à sa jonction avec le canal hépatique ; une bougie pénètre dans l'intestin sans rien rencontrer.

Tube dans le canal hépatique, gros drain et mèche de gaze au-dessous. Réunion du reste de la plaie.

Suites opératoires. — La mèche est enlevée le 8 mai, le drain, raccourci le 10 et le 13, est enlevé le 15 ; le 20, de la bile s'écoule dans le pansement, jusqu'au 23 mai. L'opérée sort le 29, sans fistule.

Elle est revue le 9 juin 1907 ; son poids est monté de 40 kg. 5 à 61 kg. 5 ; elle ne porte pas de ceinture, n'a pas d'éventration, n'a plus jamais vomi depuis son opération, jouit d'une santé parfaite.

Observation 7. — *Cholécystite calculeuse et calcul du cholédoque. Cholécystectomie. Cholédochotomie. Guérison. Suites éloignées, deux ans.*

G .. Marie, 30 ans, cuisinière, entre le 6 juin 1905, salle Lailler, à Lariboisière, pour des douleurs dans l'hypocondre droit et l'épigastre.

Elle a été prise, en juin 1905, de douleurs au creux de l'estomac, qui ont duré deux jours, et ont reparu depuis, une ou deux fois par semaine, sans écart de régime. Au début, l'hypocondre gauche se ballonne, il y a des nausées, mais pas de vomissements, une sensation d'étouffement; après ces crises, les urines se troublent et deviennent un peu foncées, les matières se décolorent, la malade rend des glaires, qui disparaissent après la crise, tandis que les matières et les urines redeviennent normales.

Le 24 avril, nouvelle crise de douleurs, très violente, à la suite de laquelle persiste un endolorissement marqué de l'hypocondre droit; le 23 mai, survient une crise plus forte, s'accompagnant de vomissements bilieux; le 28, nouvelle crise encore, qui dure trente heures, ne s'accompagnant pas de fièvre, les douleurs irradient dans le dos et l'hypocondre droit; les urines deviennent très foncées, les matières se décolorent, deviennent semblables à du mastic. Le lendemain, l'ictère s'établit.

État actuel.— La malade a 40° de température, le pouls bat à 78. L'ictère, très marqué, s'accompagne d'une sensation de prurit; les urines, troubles, donnent la réaction de Gmelin ; les matières sont de coloration normale.

Le palper ne révèle qu'une douleur localisée dans l'hypocondre droit; la percussion, elle aussi, donne peu de renseignements : elle montre que le foie déborde les fausses côtes d'un travers de doigt.

Le lendemain de l'entrée (7 Juin) la température tombe à 36°8, le pouls bat à 80; le 8, les matières se décolorent, le lendemain surviennent des coliques, dans la journée.

Opération, 12 juin, par M. Hartmann. — Rouleau sous la région dorso-lombaire. Incision onduleuse dont la partie oblique répond au bord du foie. La vésicule est grisâtre, ses parois

sont épaissies ; après incision, il s'en écoule une bile vert-foncé, contenant des pseudo-membranes épaisses, noirâtres.

Le doigt explore la paroi externe du cholédoque sans y rien sentir. La vésicule est séparée du foie, après incision entre elle et le foie, puis décollement au doigt. Quand le décollement a été poussé jusqu'au cystique, un aide récline en haut la vésicule, ce qui expose bien le cholédoque ; deux pinces de Kocher fixent ce canal, qui, après incision, laisse échapper une bile noirâtre; un doigt pénétrant dans son intérieur, n'y sent pas de calcul ; cependant une bougie uréthrale, introduite ensuite, est arrêtée à une distance répondant à l'ampoule de Vater, et donne la sensation d'un frottement rugueux.

L'angle et la portion descendante du duodénum ayant été décollés et rabattus vers la ligne médiane, on sent alors à travers le tissu pancréatique une induration. Une sonde cannelée est introduite par la première incision du cholédoque, et, en faisant saillir son extrémité, on soulève le canal et le pancréas un peu au dessus du calcul. Le pancréas et le cholédoque sont incisés sur la sonde cannelée, et les bords du canal saisis avec deux pinces de Kocher; à l'aide de pressions extérieures, le calcul est énuclé, et enlevé avec une pince ; son volume est celui d'une petite noisette. L'incision du pancréas saignant, elle est suturée par un catgut en surjet.

Un tube est placé dans le canal hépatique ; un gros drain est mis en place à côté, une mèche au-dessous de lui. Réunion du reste de la plaie.

Suites opératoires. — 14 *juin.* Écoulement bilieux.

16. — Ablation de la mèche.

18. — Ablation du drain du cholédoque.

Du 18 *au* 23. — Élévation thermique : l'opérée fait un peu de bronchite.

24. — Ablation du gros drain.

3 *juillet.* — La fistule biliaire se ferme.

15. — L'opérée sort.

Revue le 6 juin 1907. La cicatrice est régulière, sans éventration. L'opérée n'a jamais plus ressenti la moindre douleur. Elle a augmenté de 26 kilogrammes. Elle n'a suivi aucun régime, mange de tout, et boit du vin.

Observation 8. — *Lithiase et cirrhose biliaire. 1° Cholécystectomie et choldochotomie. 2° Cholédochotomie neuf mois après. Mort* (1).

J..., 49 ans, brodeuse, entre à Lariboisière le 23 octobre 1905, parce qu'elle a remarqué que, depuis six mois, son ventre augmentait de volume. Son affection actuelle semble avoir débuté en 1891 ; la malade, qui était grippée, fut prise de vomissements, sa fièvre augmenta, cependant elle n'eut pas de douleurs abdominales, et ne remarqua rien du côté de son foie; elle resta souffrante trois semaines : quatre mois après, elle est prise de frissons, de fièvre et de vomissements ; le lendemain est apparu de l'ictère, accompagné de prurit, de décoloration des matières, d'urines acajou ; l'ictère dure cinq jours, puis surviennent des douleurs peu intenses, mais apparaissant à heures fixes.

Pendant sept années, il y eut ainsi de petites crises, s'accompagnant d'ictère, de décoloration des fèces, de frissons et de fièvre ; elles duraient trois jours, sans amener d'augmentation du volume de l'abdomen, ni altérer l'état général. En 1895, cependant, l'ictère persista huit jours à la suite d'une crise ; en décembre de la même année, à la suite d'une vio-

1. Thèse de Français, observ. 10.

lente douleur qui avait cessé tout d'un coup, la malade trouva un calcul dans les selles.

Petit à petit, elle perdit l'appétit, fut plus lente à se remettre à la suite de ses crises, et maigrit. En avril 1901, elle eut d'abondants vomissements glaireux, des frissons, des sueurs, une sensation de pesanteur dans la région hépatique. Cet état dura trois jours.

Depuis cinq mois, elle n'a pas cessé d'avoir une douleur sourde dans la région hépatique, d'être subictérique; l'affaiblissement devient plus marqué.

En avril 1905, elle s'aperçoit que le côté droit de son ventre est dur, ballonné ; les douleurs deviennent alors continues, plus violentes, survenant spontanément ; l'amaigrissement fait des progrès. La malade entre dans le service de M. Tapret, d'où elle est passée salle Lailler, le 23 octobre.

État actuel. — L'inspection fait reconnaître l'augmentation de volume de l'abdomen, saillant en avant, surtout à droite, et de ce côté, les dernières côtes sont déjetées en dehors.

La face est subictérique, les matières ne sont pas décolorées.

Au palper, le foie est très augmenté de volume, son lobe droit descend jusqu'à l'arcade crurale ; le palper bimanuel donne une sensation de fluctuation. L'exploration de la région épigastrique est douloureuse. Toute la région occupée par le foie est mate.

Opération, le 30 octobre 1905, par M. Hartmann. — Longue incision onduleuse. Le foie est très hypertrophié, un peu clouté. La vésicule est distendue par de la bile ; son fond seul apparaît ; au-dessous, l'épiploon lui adhère. Une fois le décollement amorcé par une incision au bistouri autour du fond de la vésicule, il est poursuivi avec le doigt. Une ponction avec l'appareil de Potain donne 150 cc. d'une bile jaune. La

La vésicule est incisée, quinze calculs à facettes en sont extraits. La séparation du foie d'avec la vésicule est pénible : à chaque instant il faut que le bistouri ou les ciseaux interviennent. Le repli contenant l'artère cystique est lié, puis sectionné.

Il devient alors plus facile d'écarter la vésicule du foie ; un aide attire ce dernier hors de la plaie, un autre rétracte en bas l'intestin et l'estomac. On arrive ainsi jusqu'au cholédoque, présentant dans son trajet pancréatique une induration ; le canal est grisâtre, fibreux, dilaté, ses parois sont épaissies.

Le cystique est incisé sur la sonde cannelée jusqu'au voisinage du cholédoque ; il s'échappe alors une bile boueuse, remplie de petits graviers, du volume d'une tête d'épingle à un grain de millet. Le cholédoque, fixé et attiré entre deux pinces de Kocher est incisé longitudinalement, une bile jaunâtre, boueuse, en fait issue ; un calcul, du volume d'une grosse bille, irrégulier, en est enlevé ; il est plus mou, plus jaune que ceux de la vésicule qui sont à facettes, noirs et durs. Plusieurs autres calculs, moins volumineux, sont alors extraits du cholédoque. Une bougie est introduite vers le foie, puis vers l'intestin, sans en faire reconnaître d'autres.

Placement d'un drain n° 20 dans le cholédoque.

Réunion du reste de la plaie. Le foyer est limité à sa partie inférieure en chargeant l'épiploon avec le premier catgut.

Suites opératoires, — Trois jours après, se déclare une pneumonie qui dure douze jours.

Le quinzième jour, survient une douleur dans l'hypochondre droit ; on constate l'issue de calculs par le drain ; les selles sont décolorées, les urines foncées.

L'opérée sort le 14 janvier 1905, guérie, soixante-seize jours après l'intervention.

Le 15 février, surviennent des douleurs vagues dans les

articulations et la région lombaire. En mars, il n'y a pas d'ictère, mais le foie est trouvé très volumineux. A la fin d'avril, la malade se plaint d'éprouver de la pesanteur à droite, dans le ventre, surtout après les repas ou la fatigue.

En juillet, crise de coliques hépatiques, irradiant vers le côté gauche ; pendant vingt-quatre heures, il y a de l'ictère et de la décoloration des fèces ; tous les trois ou quatre jours, les crises se répètent. Le 28 juillet, les douleurs sont très vives ; il y a de l'ictère, avec décoloration des selles, et urines acajou. La malade, admise chez M. Tapret, entre de nouveau salle Lailler, le 7 août. L'ictère a diminué.

Opération, le 18 août, par M. Michon. — Incision de la paroi un peu en dedans de la première cicatrice. Le péritoine est incisé avec difficulté, à cause des adhérences qu'il a contractées avec l'épiploon, le côlon et la face inférieure du foie. La première portion du duodénum finit par être reconnue ; on sent au-dessus d'elle, au milieu d'adhérences, un corps dur, c'est un calcul du cholédoque qui va servir de repère pour inciser le canal dilaté au point d'avoir le volume d'un index. L'incision donne issue à une grande quantité de bile ; le calcul, mobile dans le cholédoque, file en arrière du duodénum, et son extraction devient assez difficile, il a le volume d'une noisette, et une boue biliaire sort en même temps que lui. Une bougie s'engage facilement dans la partie inférieure du cholédoque et remonte librement vers le foie. Un long drain, non perforé, est introduit dans l'hépatique, trois compresses de gaze sont mises autour de lui ; on ne place pas de drain sous le foie. Suture de la plaie.

Les mèches sont enlevées le 21 et le 24. Le 25, survient de l'ictère avec décoloration des fèces. La température monte à 39°2 le 27, à 40°4 le 29, la malade s'affaiblit de plus en plus, et meurt le 1er septembre.

Autopsie le 2. — Pas de péritonite. Il y a un volumineux abcès aréolaire du foie. On ne trouve pas de calcul.

Observation 9. — *Cholécystite calculeuse et calcul du cholédoque. Cholécystectomie, cholédochotomie, drainage de l'hépatique. Retour d'accidents sept mois plus tard. Péritonite plastique sous-hépatique. Sclérose du pancréas. Deuxième cholédochotomie. Guérison* (1).

Mme N.., 27 ans, est passée d'un service de médecine à Lariboisière, le 24 janvier 1906.

A signaler dans les antécédents cinq grossesses à terme et une fausse couche.

Il y a un an et demi, étant enceinte de trois mois, la malade est prise de douleurs dans l'hypochondre droit, avec irradiations à l'épigastre, de vomissements ; à la suite, son teint devient subictérique, elle maigrit. Au bout de quelques jours, tout rentre dans l'ordre, et la grossesse va à terme. Trois semaines après l'accouchement, apparaît de l'ictère. La malade entre dans le service de M. Tapret ; elle y reste trois semaines, avec de la fièvre, des hématémèses, du melœna. Elle a un abcès à une cuisse, consécutif à une injection de sérum. L'ictère persiste jusqu'au milieu de mai.

En septembre, elle a la sensation de quelque chose qui vient de s'arrêter dans son hypochondre droit ; elle est prise de douleurs au mamelon droit, entre les épaules et la hanche droite ; elle n'a pas de vomissements ; de l'ictère apparaît, et dure quatre jours.

Puis, tous les huit ou dix jours, ces crises se répètent, s'accompagnant d'un peu de fièvre, et suivies d'un ictère passager ; même en dehors des crises, les matières restent décolorées les urines acajou.

1. Thèse de Français, observation 14.

Vers le milieu de décembre, la malade maigrit un peu. Admise de nouveau chez M. Tapret, le 19 décembre, elle a un frisson, de l'albuminurie, sa température monte à 39°, tombe à 37° le 22, remonte à 38°4 le lendemain, et du 25 décembre au 15 janvier, oscille entre 37° et 40°. A ce moment, il n'y a pas de douleurs.

Le 23 janvier, la malade est prise de frissons, de fièvre (39°1) ; elle souffre dans l'hypochondre droit. Elle est passée alors dans le service.

État actuel. — Le 27, elle présente une légère teinte subictérique; on remarque quelques traces de grattage.

Le foie remonte jusqu'au niveau du mamelon ; il déborde le thorax au niveau de l'épigastre ; à ce niveau, on peut sentir pendant les grandes inspirations son bord inférieur qui a gardé sa forme et son élasticité normales. Le foie n'est pas douloureux ; mais après ses crises, la malade accuse une certaine sensibilité à la pression au-dessus et à droite de l'ombilic.

La matité splénique est un peu augmentée.

Pas d'albumine, ni de sucre dans les urines.

Opération, le 31 janvier 1906, par M. Hartmann. — Rouleau sous les reins, incision onduleuse. La vésicule n'apparaît pas immédiatement; on l'aperçoit après avoir relevé le foie, petite, grisâtre, enfoncée dans le parenchyme hépatique ; par sa coloration elle se confond avec un magma fibreux qui enveloppe toute la face inférieure du foie et le duodénum. Le décollement est amorcé au bistouri et l'angle droit du duodénum abaissé. La vésicule, décollée, et saisie avec une pince de Richelot, se déchire, et de la bile s'écoule. Le décollement est repris au voisinage du hile, sans que l'on puisse distinguer grand'chose dans le magma fibreux de la région. Un jet de sang rouge inonde la plaie : l'implantation de l'artère

cystique sur l'hépatique a été arrachée ; la ligature en est pratiquée au catgut, non sans peine ; au moment où le nœud est serré, on entend nettement craquer quelque chose ; du sang plus foncé coule en abondance ; c'est une branche droite de la veine porte qui a été déchirée latéralement, par les tiraillements du tissus fibreux ; la suture latérale en est pratiquée, mais comme l'orifice d'entrée de l'aiguille continue à saigner, une pince de Kocher est placée à demeure.

A travers la paroi antérieure du duodénum, un calcul est senti très nettement au niveau de l'ampoule de Vater. L'intestin est décollé un peu plus, et le cholédoque est mis à nu ; il est du volume d'un petit doigt, grisâtre ; il est incisé entre deux pinces de Kocher ; l'auriculaire introduit dans son bout inférieur, sent le calcul. Celui-ci est dégagé par des tractions exercées à travers le duodénum, rémonté jusqu'au niveau de l'incision du cholédoque, et finalement extrait. Un tube est placé dans l'hépatique ; une mèche de gaze enroulée autour de la pince de Kocher. Gros drain au contact du cholédoque, mèches au-dessous.

Suites opératoires. — 2 février. Enlèvement de la pince de Kocher. Bile dans le pansement.

3. — Ablation d'une mèche ; la bile s'écoule plus abondante, par le tube de l'hépatique.

5. — Ablation de la deuxième mèche. Le drain est raccourci.

7. — Le gros drain est enlevé.

23. — L'opérée est guérie.

Pendant quatre ou cinq mois, la santé de la malade reste parfaite. En juillet 1906, elle est prise de douleurs violentes dans l'hypochondre droit, avec vomissements alimentaires et bilieux, et diarrhée ; les selles ne sont pas décolorées. Cette crise dure une journée ; depuis, une fois par mois à peu près, les douleurs reprennent, débutant brusquement pendant la

nuit, trois heures après le repas ; leur point de départ est au-dessus et à gauche de l'ombilic ; elles irradient dans l'épigastre, l'hypochondre droit et le dos. En moyenne, elles durent deux jours ; la dernière crise date de six jours. Des vomissements abondants surviennent en même temps que les douleurs ; ils les calment un peu ; ils sont alimentaires, puis bilieux.

Dans l'intervalle des crises, il n'y a aucune douleur même à la pression, sauf au-dessus et à droite de l'ombilic.

A la suite de la dernière crise, les conjonctives ont été légèrement teintées en jaune ; les urines, à l'entrée, sont couleur acajou, les matières un peu décolorées. La température est de 38°, le pouls bat à 90.

Opération, le 10 mai 1907, par M. Hartmann. — Incision sur l'ancienne cicatrice ; décollement assez laborieux de l'épiploon qui adhère à la paroi de l'estomac, ou foie. Au palper, un point très dur est senti dans la tête du pancréas. Section de la glande jusqu'au cholédoque dilaté. Un explorateur à boules s'engage vers le foie et pénètre dans l'intestin, sans rencontrer d'obstacle, sans ressentir de frottement calculeux. Excision d'un petit fragment du tissu pancréatique très induré (au microscope : sclérose du pancréas). Tube dans le cholédoque et l'hépatique. Drain à côté Un surjet doit être mis sur la tunique externe de l'estomac déchirée.

Réunion de la paroi avec des fils d'argent.

Guérison. La malade quitte l'hôpital en parfait état, le 12 juin 1907.

Observation 10. — *Cholécystite calculeuse suppurée, calcul du cholédoque. Cholécystectomie et cholédochotomie. Cholédochotomie huit mois après pour calcul du cholédoque. Guérison. Suites éloignées, un an.*

L... Marie, 52 ans, repasseuse, entre le 20 juin 1906, venant du service de M. Brault où elle était traitée pour des coliques hépatiques.

Le début de l'affection actuelle remonte à neuf ans ; à cette époque, survinrent, par crises apparaissant à intervalles réguliers, de violentes douleurs, irradiant de la région lombaire droite dans tout le côté et l'épaule correspondants. L'accès se montre généralement l'après-midi, deux heures après le repas. Il débute à l'angle de la douzième côte droite et de la colonne vertébrale ; de là, il irradie rapidement dans le coté droit, l'épaule droite et l'abdomen ; enfin il y a des vomissements, alimentaires d'abord, puis formés d'un liquide jaunâtre et amer ; ils font beaucoup souffrir la malade qui doit, pour être calmée, recevoir une piqûre de morphine. Ces crises ne s'accompagnent ni d'ictère, ni de décoloration des selles ; leur durée varie de quelques heures à plusieurs jours. En 1903, la malade entre dans le service, mais comme elle reste un mois sans avoir de crise, elle sort sans être opérée.

En 1906, une crise, avec les mêmes caractères que les précédentes, dure trois semaines et décide la malade à entrer en médecine, d'où elle est passée salle Lailler. Le vingtième jour de la crise, l'ictère se montre, avec la décoloration des selles, les urines acajou, donnant la réaction de Gmelin. La malade a du prurit ; son pouls, irrégulier, bat à 64.

Vers le 20 mai, surviennent des vomissements, trois à quatre par jour ; la température s'élève (38°5, 39°7) ; du 10 au

14 juin, il y a deux crises avec fièvre (39°) ; l'ictère diminue un peu ; on ne trouve pas de calculs dans les selles.

État actuel. — La malade dit qu'elle a maigri de 17 kilos et qu'elle a perdu l'appétit ; pas de fièvre.

A l'examen, l'inspection et la percussion ne donnent aucun renseignement ; au palper profond, on sent un foie de volume normal ; le flanc et l'hypochondre droits sont douloureux ; la recherche du ballottement reste négative et fait souffrir la malade.

Opération, le 14 juin, par M. Hartmann. — Rouleau sous les reins. Incision onduleuse : la vésicule, rétractée et fibreuse, adhère au côlon transverse ; ces deux organes sont décollés. Après incision du péritoine à la jonction de la vésicule et du foie, le décollement est poursuivi avec le doigt. La vésicule, saisie avec une pince de Richelot, se déchire, et laisse échapper un peu de pus. La déchirure est agrandie, et une série de calculs biliaires est extraite, il y en a eu 18, à facettes, de volume variant de celui d'un grain de chènevis à celui d'un pois. Ensuite la libération de la vésicule est poursuivie jusqu'à la jonction de l'hépatique avec le cystique. La vésicule est alors excisée.

Le cholédoque épaissi et fibreux est incisé au bistouri ; l'extrémité du petit doigt y est introduite et sent, dans la profondeur, derrière le duodénum, un volumineux calcul. Le duodénum est alors décollé et récliné en bas et à gauche ; l'incision du cholédoque est agrandie, et le calcul, fragmenté, peut être alors extrait. Un explorateur à boules passe librement dans l'intestin ; un autre explorateur pénètre de bas en haut dans l'hépatique, sans y faire sentir de calculs.

Un tube est placé dans l'hépatique ; un gros drain est mis au contact du foie, un peu déchiré au cours du décollement de la vésicule. Réunion du reste de la plaie au fil d'argent.

Suites opératoires, 28 *juin*. — La malade devient subictérique. Écoulement de bile.

29. — Ablation du drain de l'hépatique.

1er *juillet*. — Selles décolorées.

8. — Ablation du gros drain.

15. — L'écoulement de bile diminue ; il y a moins d'ictère, les selles se recolorent.

19. — L'opérée sort.

13 *février* 1907. — Elle rentre parce qu'elle souffre encore dans la région lombaire droite.

Les douleurs ont reparu en janvier avec des vomissements alimentaires et bilieux ; le lendemain, il y a eu de l'ictère, de la xanthopsie ; la malade s'est soignée chez elle un mois, ayant de nouvelles crises, suivies d'ictère ; à l'entrée, la température est normale.

Opération, 11 mars 1907, par M. Hartmann. — Incision sur l'ancienne cicatrice ; le décollement et l'abaissement du duodénum sont faciles ; le cholédoque apparaît sous la forme d'une masse grisâtre, scléreux, limité à droite par un contour arrondi ; après incision longitudinale, un flot de bile s'écoule ; le doigt sent, dans l'intérieur du cholédoque, en bas, un calcul. Il est remonté à l'aide de pressions extérieures, puis extrait ; deux autres calculs sont enlevés ensuite de la même façon.

Un explorateur introduit successivement dans l'hépatique et le duodénum ne sent pas d'autre calcul.

Tube dans l'hépatique, gros drain à côté, deux mèches.

Suites opératoires, 13 *mars*. — Ablation des mèches.

17. — Suppression du drain de l'hépatique.

22. — Les matières sont colorées.

23. — Suppression du gros drain.

2 *avril*. — Sort guérie.

Le 16 juin 1907 nous revoyons la malade ; elle va très bien et à part une attaque de rhumatismes, elle s'est toujours bien portée depuis son opération. Elle a augmenté de 7 kilogrammes, mange de tout, ne souffre pas ; le teint est clair, il n'y a ni douleur ni tuméfaction au palper. La cicatrice est régulière, il existe cependant au niveau de l'angle inférieur de la bayonnette, une légère éventration.

Observation 11. — *Cholécystite calculeuse. Calcul du cholédoque. Cholédochotomie. Cholécystectomie. Drainage de l'hépatique. Suites éloignées, vingt mois.*

F..., 29 ans, ménagère, entrée à Lariboisière, en médecine, le 31 octobre 1906, pour un ictère consécutif à une crise douloureuse, est passée salle Lailler le 9 novembre 1906.

Il y a un an et demi, elle fut prise d'une crise de douleurs aiguës, avec vomissements alimentaires et bilieux, douleurs débutant dans la région lombaire droite et irradiant en avant et en bas. Six crises semblables se répètent en dix-huit mois.

Le 15 octobre 1906, survient une crise violente et différente, le point de départ des douleurs est situé sous le rebord costal droit ; elles irradient dans le dos et vers l'épaule droite ; il y a des vomissements ; les matières se décolorent, et n'ont pas repris, depuis, leur coloration normale ; la température ne fut pas prise, mais la malade se souvient que son pouls était rapide.

Une deuxième crise semblable a lieu le 23 octobre, à la suite de laquelle apparaît l'ictère. La malade entre dans le service de M. Brault. Elle a 40° de température ; l'ictère devient plus foncé ; le prurit est insupportable ; il y a une douleur constante à l'extrémité antérieure des neuvième et dixième côtes.

État actuel. — Le foie dépasse de trois travers de doigt le

rebord costal. La palpation de l'abdomen au-dessous du foie, au-dessus et à droite de l'ombilic est douloureuse. Au-dessous du bord inférieur du foie, on sent une masse douloureuse à la pression, dure, lisse, régulièrement arrondie. La matité splénique est augmentée.

Opération le 12 novembre, par M. Hartmann. — Incision onduleuse ; au-dessous du foie, au niveau de l'encoche qui correspond à la vésicule, se voit un magma formé par le côlon transverse et l'épiploon adhérant entre eux ; quand ils ont été séparés au bistouri, la vésicule apparaît ; elle est du volume du pouce ; ses parois sont épaissies, grisâtres, formant deux bosselures au milieu desquelles le palper permet de sentir deux calculs. Le cholédoque et l'hépatique sont dilatés, verdâtres.

Immédiatement au-dessous de l'abouchement du cystique, après décollement d'adhérences récentes, on voit une saillie du cholédoque, verdâtre, prête à s'ouvrir ; au-dessous, l'on sent un calcul. La vésicule est disséquée, l'artère cystique liée et sectionnée. A ce moment, la partie amincie du cholédoque se rompt ; par l'orifice, un doigt s'introduit dans le canal, l'explore, et, après extraction du premier calcul, pénètre en arrière du duodénum sans en trouver d'autre. Il n'y en a pas non plus de perçus dans l'hépatique.

Tube dans l'hépatique. Drain à côté. Mèche de gaze. Réunion du reste de la plaie.

Le 13. — La température tombe de 40° à 37°6. La bile devient limpide.

Le 18. — Ablation de la mèche.

Le 20. — Les selles sont colorées.

Le 21. — Ablation du drain de l'hépatique.

Le 8 décembre. — L'opérée sort.

Le 9 juin 1907, la malade est revue. Elle n'a jamais eu de

crises douloureuses depuis son opération. Elle a augmenté de 4 kilos, mais toutefois son état de santé n'est pas parfait, car elle se plaint de digestions quelquefois un peu difficiles, et de temps à autre, lorsqu'elle est fatiguée, de quelques légères douleurs dans le ventre. La cicatrice est régulière, sans éventration, ni tuméfaction, ni douleur au niveau du foie. L'estomac est dilaté et clapotant. Le rein droit est mobile.

Observation 12. — *Cholécystite calculeuse. Angiocholite. Cholécystectomie. Cholédochotomie. Drainage de l'hépatique. Mort.*

M. C..., 65 ans, il y a six ou huit ans eut à souffrir de troubles dyspeptiques, avec vertiges, malaises, survenant dès le début du repos ; la magnésie, le benzo-napthal amènent rapidement la guérison.

En 1904-1905, il a un décollement de la rétine ; en mai 1905, il est pris, une nuit, de douleurs abdominales violentes, avec diarrhée, mais sans vomissements, les douleurs, en barre, le forçaient à se tenir fléchi. Le lendemain, il avait de l'ictère, ses urines étaient foncées, il avait un peu de prurit.

Un mois après, nouvelle crise, avec de la diarrhée et pas de vomissements. Il a un peu d'ictère, les urines sont vertes. Cette crise dure peu de temps.

Après un séjour à Vichy, en 1905, il se remet et n'a pas de coliques; il reste huit mois en bonne santé; mais, en mai 1906, les crises reprennent, à symptômes identiques : douleur en barre à l'épigastre, au-dessous du sein gauche se propageant un peu vers l'omoplate de ce côté. Les urines sont foncées, il y a de l'ictère, mais pas de diarrhée comme les premières fois ; il a des frissons et la fièvre monte à 39°. Les crises cessent brusquement.

En juin, le malade va à Vichy, il y a des crises presque tout le temps.

A Évian, il souffre presque tout le temps de l'estomac ; il a un peu d'ictère.

Au début, les crises cessaient à l'application d'un cataplasme très chaud, au bout de deux heures, mais à partir de novembre, leur acuité est telle qu'il faut employer la morphine. Deux fois, il a des vomissements.

Les urines sont foncées.

Depuis septembre le malade a perdu environ 9 kilogrammes. Il pesait autrefois 74 kilogrammes ; en septembre, il n'en pesait plus que 64 kgr. 600 ; le 9 décembre, il est tombé à 55 kgr. 800. Depuis un mois, il est alité, et ne prend que du lait écrémé ; le mois dernier, il a perdu 3 kilogrammes. Auparavant, il avait pris de l'huile d'olives, de l'huile de Haarlem, du salicyate, de l'aspirine, de la glycérine, une pilule bleue à partir du 26 novembre et le lendemain une purgation.

Les selles sont assez régulières, plutôt diarrhéiques, un peu décolorées, jamais elles n'ont été plâtreuses. Dès que l'on touche au creux épigastrique, on produit une douleur en barre, puis progressivement une douleur violente.

Le 14 décembre 1906, les crises se rapprochent ; il en survient deux par semaine, arrachant des cris au malade ; il se plaint d'une sensation de barre épigastrique ; le lendemain, les selles sont couleur mastic, la peau jaunâtre, il y a du prurit. Deux jours après, les selles se recolorent, quelquefois blanches un peu, mais se recolorant au contact de l'air.

Après la morphine, la douleur cesse progressivement, mais le prurit apparaît.

Antécédents. — A eu des rhumatismes, fièvre typhoïde dans sa jeunesse, des palpitations dans l'enfance.

Son père est mort à 90 ans, sa mère à 60 ans, sa sœur d'un cancer abdominal.

Par 24 heures, le malade urine 900 cc., il élimine 13 gr. 4 d'urée ; les urines contiennent, en fait d'éléments anormaux, un peu d'indican et d'urobiline.

Opération, le 18 décembre 1906, par M. Hartmann. — Incision onduleuse ; la vésicule apparaît flasque, enrobée dans de la graisse, comme le repli gastro-hépatique, où l'on ne peut voir le cholédoque. On pratique, à la base de la vésicule, une incision demi-circulaire, on la décolle du foie où elle est encastrée dans une gouttière assez profonde. Ligature de l'artère cystique ; on arrive au canal cystique que l'on suit jusqu'au point où il disparaît dans l'épiploon ; la graisse que contient l'épiploon est dissociée à la sonde cannelée, et le cholédoque apparaît, un peu élargi, mais pas extrêmement gros ; on l'incise, on l'explore avec une bougie, en haut, vers le foie, en bas, vers l'intestin, sans rien rencontrer. Le pancréas est ferme, mais ne présente aucune tumeur, sa consistance est plus ferme que normalement, mais elle est partout. la même. Un tube est introduit dans l'hépatique.

La gouttière d'énucléation de la vésicule saignant un peu dans sa partie moyenne, comme la suture en paraît difficile, le foie étant friable, l'hémorragie est arrêtée au thermocautère, et une mèche placée à son contact.

Réunion du reste de la plaie.

La vésicule contient 29 petits calculs ; l'un est gros comme une petite noisette ; la bile est noire, épaisse et visqueuse.

Suites opératoires. — Le soir du 18, le tube ne contient pas de bile ; l'opéré est un peu somnolent. Le 19, au matin, il se plaint d'une violente douleur dans le creux sus-claviculaire droit. La nuit a été bonne, mais avec une respiration lente (10 à 12 par minute) un pouls mauvais, de 90 à 128, irrégulier. Le matin, il est à peine perceptible.

Le tube enlevé, il vient un peu de bile ; sitôt le tube enlevé, le pouls redevient meilleur.

Le soir, la bile s'est écoulée dans le tube, le pouls est meilleur, la température est tombée de 39° à 38°2. Plus de douleur au creux sus-claviculaire.

Le 20, au matin, la température est de 37°2 ; la nuit a été agitée ; le ventre est souple et plat, le soir, le malade a quelques petits vomissements aqueux ; l'urine est rare (420 cc.) et albumineuse. Après administration de sulfate de soude, les vomissements cessent.

Le 21, le pansement ne contient qu'un peu de bile ; le malade très aplati, n'a pas vomi, n'a pas uriné. Le ventre est plat, le teint jaune, la langue est sèche, le pouls petit. A la base droite, on a de la matité et du souffle.

L'opéré meurt le soir.

Observation 13. — *Cholécystectomie et cholédochotomie pour lithiase biliaire. Suites éloignées, six mois.*

Mme A..., 62 ans, est envoyée par M. Letulle. Elle se plaint surtout de violentes démangeaisons. Dès l'âge de 14 ans, elle a eu des crampes d'estomac, qui duraient un temps variable, de une heure à trois jours, et disparaissaient comme elles étaient venues, brusquement. Il y a vingt ans, une de ces crises dure quatre jours ; à la suite, survient de l'ictère qui persiste une semaine. Il y a six ans, apparaît une douleur sourde et continuelle, dans la partie inférieure, droite et postérieure du thorax ; cette douleur n'a plus quitté la malade ; le prurit est apparu un an après ; il s'est généralisé, et lui non plus ne s'est pas modifié.

Bientôt, la douleur du côté droit augmente, remonte vers l'omoplate. La malade doit rester vingt-trois jours couchée, remuant avec peine son bras droit. Depuis, d'autres exacerbations de la douleur sont survenues ; elles sont moins vives, elles durent moins de deux heures.

L'ictère apparaît pour ne plus s'en aller, il y a quatre ans, sans nouveau malaise. La malade déclare, qu'au moment de son entrée, elle n'a jamais été si peu jaune. Peu de temps après l'ictère, surviennent des nausées, de l'angoisse, des frissons avec claquement des dents ; la malade, obligée de s'étendre, est prise de vomissements. Tous les mois, des crises semblables reviennent, suivies d'augmentation passagère de l'ictère et de décoloration des selles, passagère aussi.

La malade continue cependant à travailler jusqu'à il y a deux ans. Mais il y a une augmentation des symptômes ictère et douleurs, suivie de rémission ; il survient alors un affaiblissement général tel que la malade se fait admettre à Boucicaut. Elle entre à Lariboisière le 13 janvier 1907.

A l'examen, les téguments sont ictériques, principalement dans la portion sus-ombilicale du corps ; on remarque des lésions de grattage. Le ventre est plat.

Le palper bimanuel montre que le foie déborde de plus de deux travers de doigt le rebord costal ; il est un peu sensible à la pression, surtout au-dessous et un peu à droite de l'ombilic.

Opération le 26 janvier 1907 par M. Hartmann. — Incision onduleuse ; sous le foie, apparaît la vésicule, débordant par son fond le bord du foie ; elle adhère à l'épiploon ; après libération, la vésicule est ponctionnée avec le trocart moyen de Potain ; 90 cc. sont extraits ; on sent alors une quantité de calculs au niveau du col de la vésicule. En dedans, et plus profondément, l'hépatique et le cholédoque forment un cordon du volume du pouce.

La vésicule est désinsérée et décollée avec le doigt ; ses parois friables se déchirent en plusieurs endroits sous les tractions, pourtant modérées. Ligature au-dessous du ganglion du bassinet. La vésicule contenait 71 calculs à facettes,

de volume variant de celui d une grosse lentille à un pois.

Ayant engagé un doigt dans l'hiatus de Winslow, tandis qu'un aide extériorise le bord du foie, on soulève le cholédoque et l'hépatique et on les incise sur une longueur de 5 centimètres. Par fragments, une colonne calculeuse, friable, molle, mal agglomérée, est enlevée ; elle descend derrière le duodénum et remonte jusque dans le foie. Le doigt est enfoncé le long de la branche droite de l'hépatique jusque dans le foie, à une profondeur de 8 centimètres. Une boue biliaire épaisse s'écoule alors.

Avec une curette, le déblaiement est complété : mais il reste de petits fragments calculeux impossibles à enlever.

Gros tube dans l'hépatique. Drain et mèche à côté.

Réunion du reste de la plaie.

Le 28. — Ecoulement par le tube de bile et de boue biliaire.

Le 2 février. — Un lavage ramène un gros calcul ; le 5, un plus petit sort de la même façon.

Le 13. — Le lavage ne ramène plus de sable.

Le 17. — Ablation du drain ; écoulement bilieux arrêté.

Le 28. — L'opérée sort guérie, sans fistule ; elle n'a plus d'ictère ; les selles sont colorées.

Revient le 6 juin 1907. Elle a augmenté de 7 kgr. 500 ; elle ne suit aucun régime, les selles sont normales, bien colorées. Cicatrice sans éventration ; l'opérée ne porte pas de ceinture. Le palper ne réveille aucune douleur ; on ne sent aucune tumeur.

Observation 14. — *Calculs du cholédoque. Cholécystectomie chez une malade opérée antérieurement de cholécystotomie. Cholédochotomie avec drainage du cholédoque et de l'hépatique. Guérison* (1).

Mme R..., 67 ans, souffre depuis trente ans de coliques hépatiques. Les crises, rares au début, sont devenues de plus en plus fréquentes. Elles s'accompagnaient quelquefois d'un peu d'ictère ; la dernière fois, en 1893. Cholécystotomie en 1903. La vésicule fut trouvée petite ; elle contenait deux calculs du volume d'une noisette ; on sentait plus loin un calcul dans le cholédoque.

La fistule biliaire a donné lieu à un écoulement abondant. Cependant, une certaine quantité passait par les garde-robes, de coloration normale. Depuis, elles se sont décolorées, toute la bile passant par la fistule.

Pas de troubles digestifs. État général bon.

Opération le 15 avril 1905, par M. Hartmann. — Rouleau sous les lombes. Longue incision onduleuse se dédoublant au niveau du trajet fistuleux. Le foie, adhérent, occupe la partie supérieure de l'incision ; la vésicule, très épaissie, scléreuse, adhère partout. On la décolle de l'intestin sous-jacent, puis on la sépare du foie avec le bistouri, pour sectionner les adhérences ; on continue le décollement avec le doigt, jusqu'au moment où l'on voit la vésicule se fusionner avec un canal ayant l'aspect et le volume du duodénum, rouge, mais partant du foie, et ayant les rapports du cholédoque. On sent plus bas des calculs.

Afin d'être plus sûr, on coupe la vésicule à 1 centimètre de ce conduit ; on engage une sonde cannelée dans l'orifice ;

1. Observ. 8 de la thèse de Français.

elle pénètre dans le cholédoque ; on incise alors le canal au niveau et au-dessus du cystique, on voit l'éperon formé par la jonction du cystique et de l'hépatique. On retire alors trois calculs à facettes, du volume d'une bille, superposés en colonne, jusqu'à l'ampoule de Vater.

Tandis que la vésicule ratatinée a des parois fibreuses épaisses, celles du cholédoque sont restées normales.

Le cathétérisme à l'aide d'une bougie n° 20 permet de constater la vacuité de la partie inférieure du cholédoque.

Drain dans le canal dans la direction de l'hépatique ; mèche au-dessous.

Fermeture de la paroi.

Suites opératoires. — Guérison sans incidents. 17 avril, ablation de la mèche et raccourcissement du drain de 1 centimètre.

Le 19. — Ablation du drain. Selle colorée. Le 30, l'écoulement biliaire cesse.

Guérison complète le 12 mai.

Observation 15. — *Cholécystite calculeuse et calcul du cholédoque. Cholécystectomie. Cholédochotomie.*

Mme R..., 56 ans, entre le 7 mai 1907, à Lariboisière avec de l'ictère et des douleurs dans l'hypochondre droit. Le 11 mars 1907, elle a déjà eu de violentes douleurs dans cette rgéion, avec coloration jaune des téguments, décoloration des selles ; elle avait été mise pendant un mois au régime lacté, au Bastion 27 ; l'ictère et les douleurs avaient cessé.

Elles reparaissent, après un mois d'accalmie, cinq jours avant l'entrée.

La malade est subictérique, elle dit qu'elle a beaucoup maigri, qu'elle s'est affaiblie ; elle est constipée. L'appétit est nul ; seul le lait peut être digéré. Elle n'a pas de fièvre ;

le pouls est à 80. La malade se plaint de ressentir des douleurs dans l'hypochondre droit, douleurs qui sont intermittentes, n'apparaissant qu'à la station debout, spontanées, exagérées par les moindres mouvements.

Il y a une quinzaine, il est survenu des douleurs assez violentes, durant une heure ou deux, survenant presque aussitôt après les repas, calmées par des vomissements alimentaires ou bilieux abondants.

État actuel. — Le ventre est étalé, débordant un peu sur les flancs ; à la partie inférieure de l'abdomen, il existe de la circulation collatérale. Le palper fait sentir, sous les fausses côtes droites, une masse semblant se continuer avec le foie, occupant tout l'hypochondre gauche, descendant de ce côté jusqu'à la crête iliaque, dessinant en bas une courbe à concavité inférieure. Cette masse, immobile et indolore, semble, en haut, assez superficielle ; en bas, elle tend à s'enfoncer dans la profondeur ; le seul point qui soit douloureux est situé entre l'ombilic et les fausses côtes gauches.

La percussion donne de la matité dans toute la région occupée par la tumeur ; à partir d'une ligne menée de l'appendice xyphoïde à l'ombilic, on a de la sonorité, et, à trois travers de doigt au-dessous du rebord costal gauche, existe une zone légèrement sonore.

Le foie remonte jusqu'au sixième espace intercostal ; son lobe gauche ne paraît pas volumineux.

Les reins ne peuvent être palpés.

La malade a eu quinze enfants.

Opération le 13 mai 1907 par M. Hartmann.

Incision onduleuse. Le foie se présente par sa face convexe occupant toute la hauteur de l'incision. Après l'avoir relevé, on trouve au-dessous de lui la vésicule de volume moyen, flas-

que, adhérant partiellement au côlon transverse et à l'épiploon. On sépare ces adhérences, et on incise latéralement et au niveau de son fond les replis péritonéaux qui fusionnent la vésicule avec le foie. Celui-ci, pendant le décollement, s'est un peu déchiré et saigne.

Trois catguts rapprochent les bords de la gouttière où s'encastrait la vésicule, et font l'hémostase.

Ligature de l'artère cystique au-dessous et en dehors. Ligature du canal cystique au-dessous du ganglion du col qui est très hypertrophié. Deux pinces de Kocher sont placées au-dessus de la ligature pour pouvoir attirer le moignon sectionné au-dessous.

Pour faciliter les manœuvres, la plus grande partie du lobe droit du foie a été extériorisée.

En suivant le canal cystique, on arrive sur un cholédoque dilaté. Incision de celui-ci. Deux Kocher repèrent les lèvres de l'incision.

Avec une curette, et s'aidant de pressions extérieures, on retire de la gravelle biliaire qui constitue une véritable colonne calculeuse jusqu'à l'ampoule de Vater. Dans cette colonne, se trouvent deux calculs du volume d'un gros pois, formés et solides.

Du canal hépatique on retire, de la même façon, de la gravelle biliaire.

Grand lavage de l'hépatique avec une seringue, du sérum et une sonde en caoutchouc rouge, n° 15.

Tube dans l'hépatique, drain et mèche à côté. Réunion de la paroi à deux étages, catguts en points séparés.

Suites opératoires. — Le lendemain de l'opération la température monte à 40°. Elle redescend progressivement à 37°8 le quatrième jour. On enlève alors la mèche et le drain du cholédoque, dans lequel se trouve un calcul. Le lendemain

(17 mai) la température remonte brusquement, et le 18 elle est à 40°2. On constate, le 20, des signes d'épanchement pleural à la base gauche, matité, souffle, etc. ; mais la ponction exploratrice ne ramène rien. Les jours suivants, la fièvre tombe un peu, mais le thermomètre monte toujours au-dessus de 38°.

Le 3 juin. — Il est redescendu à 37°6 le matin, 38° le soir. Il y a toujours de la matité, de l'absence de murmure vésiculaire à la base gauche, et au-dessus on entend un souffle.

Le 7. — L'opérée est prise à midi d'une crise d'étouffement et de douleurs dans le côté droit. On constate à la base une matité absolue et un souffle amphorique. Le 8, le soir, la fièvre monte à 39°4. Une nouvelle crise de dyspnée survient dans la nuit du 9 au 10. Le 12, la malade part, un peu moins dyspnéique, mais respirant toujours difficilement. Le poumon droit est mat dans ses deux tiers inférieurs ; on entend des râles et des frottements ; l'expectoration est muco-purulente.

Le 15 juin. — La malade demande à rentrer chez elle.

Observation 16. — *Cholécystite calculeuse. Calculs du cholédoque. Fistule cystico-duodénale. Cholécystectomie cholédochotomie, fermeture de la fistule.*

M... Sophie, chapelière, 56 ans, entre le 4 juin 1907, à Lariboisière, pour de l'ictère datant de six mois environ. La malade a commencé à souffrir de la région hépatique, il y a treize ans, à sa septième grossesse. Elle fit une fausse couche, et, dans la même nuit, elle ressentit des douleurs violentes, survenant brusquement dans toute la partie supérieure de l'abdomen d'où elles descendirent jusque dans la fosse iliaque gauche ; dans le dos, elles se localisèrent dans le tiers inférieur du thorax, à la ceinture. Elles durèrent toute la nuit, et disparurent brusquement ; en même temps, il y eut une sensation de gonflement du creux épigastrique, des vomisse-

ments bilieux, de gêne respiratoire et de fièvre ; il n'y eut pas d'ictère.

Trois ans après (en 1897), nouvelle crise de douleurs, précédée, pendant une huitaine, d'anorexie et de douleurs sourdes dans le ventre. Cette crise dure trois jours, accompagnées de vomissements et le diarrhée.

Depuis, la malade a eu sept ou huit crises douloureuses, apparaissant et disparaissant brusquement, ne durant que six heures en moyenne, sauf une, il y a trois ans, qui se prolongea deux jours ; ces crises étaient en réalité composées d'une série de petites crises séparées par de très courts intervalles de sommeil ; elles avaient été précédées d'une période d'une semaine pendant laquelle survenaient des douleurs sourdes ; jamais il n'y avait eu d'ictère ; les selles n'étaient pas diarrhéiques, on n'a pas regardé si elles contenaient un calcul.

Dans la dernière semaine de décembre la malade ressent des douleurs sourdes, elle se sent fatiguée, les 1er et 2 janvier elle a de la fièvre ; le 3, survient une crise qui dure trois ou quatre jours, avec les mêmes caractères en série que les fois précédentes ; le quatrième jour ; les téguments deviennent jaunes, les urines sont foncées, les selles décolorées.

Depuis, l'appétit a diminué, sauf la semaine qui a précédé l'entrée, où la malade a mangé avec grand faim.

État actuel. — Les crises réapparaissent régulièrement tous les huit jours (sauf une fois où il y a eu un intervalle de 15), a dernière a eu lieu le 2 juin ; à la suite, la coloration des téguments s'accentue, pour diminuer entre les crises. La malade la du prurit, elle a maigri.

A l'inspection, les téguments sont d'un jaune marron, surtout à la face et au cou, on remarque des zones pigmentées au niveau du membre inférieur gauche.

Le ventre est gros (il aurait commencé à le devenir à la

suite de la fausse couche, en 1894), les dernières côtes ne sont séparées de la crête iliaque que de deux travers de doigt.

Les matières sont décolorées, les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine, renferment de l'urobiline, de l'indican et des acides biliaires.

Antécédents. — Fièvre muqueuse il y a vingt et un ans.

Sept grossesses, six sont allées à terme, quatre enfants sont nés morts.

Père mort d'un cancer du foie.

La matité hépatique s'étend dans le sens transversal jusqu'à 1 centimètre en dedans du mamelon gauche. Elle commence à environ deux doigts au-dessus du mamelon droit et dépasse légèrement le rebord costal à droite pour se continuer à la région épigastrique.

Au palper on trouve que l'organe est beaucoup plus hypertrophié, on trouve le bord hépatique s'étendant de la partie moyenne de l'hypochondre gauche jusque dans le flanc droit sur une ligne horizontale passant 1 centimètre au-dessus de l'ombilic. Au niveau, et à deux travers de doigt en dehors de l'ombilic, la pression détermine de la douleur localisée.

Opération le 10 juin 1907, par M. Hartmann. — Incision onduleuse; le côté droit du foie est sorti en partie de l'abdomen de manière à extérioriser la région de la vésicule. Le bord hépatique est un peu épaissi; l'organe est très hypertrophié, mais n'est pas dur.

La vésicule, petite, scléreuse, est enfermée dans la gouttière hépatique qui la loge. Elle est cachée par des adhérences à l'épiploon, qui sont facilement détachées. En suivant la face inférieure de la vésicule, on arrive, au cours de ce décollement, sur la première portion du duodénum qui est fusionné avec elle; on incise alors au bistouri la partie externe des tuniques de la vésicule de manière à ménager le duodénum;

en continuant avec de grandes précautions la séparation des deux organes, on arrive sur une fistule établissant une communication entre la vésicule et le duodénum, fistule du volume d'une plume d'oie, comme on s'en assure en y engageant une sonde cannelée. A ce niveau, la paroi duodénale est épaissie et friable.

Avec la curette, on enlève de la vésicule une série de petits calculs (72), puis deux plus gros. On constate, en introduisant le doigt après agrandissement de l'incision de la vésicule, qu'il existe, dans le cholédoque, derrière le duodénum, un gros calcul qui ne peut être délogé ni à la curette, ni avec des pinces ou des tenettes. Dans ces conditions, on attire et soulève le duodénum, et par-dessus son bord supérieur, on arrive au pancréas que l'on sépare au bistouri.

On peut alors prolonger sur le cholédoque l'incision de la vésicule et arriver ainsi à saisir le calcul et à l'enlever avec une tenette pendant que l'autre main tend à l'exprimer par-dessous.

On introduit ensuite légèrement une bougie dans le bout supérieur. On cherche à pénétrer dans l'ampoule de Vater, mais sans insister, car la bougie butte partout.

Ligature des veines au-dessus du pancréas.

Tube dans l'hépatique.

Cholécystectomie. En un point de la face supérieure de la vésicule, il y a une petite cavité fongueuse dans le tissu hépatique.

Suture au catgut, par quatre points, de la fistule duodénale.

Drain. Deux mèches de gaze à gauche et à droite.

CONCLUSIONS.

I. — La cholécystostomie et la cholécystectomie sont deux opérations bénignes au point de vue des résultats immédiats, quand elles sont pratiquées sur des individus dont le foie n'est pas infecté.

II. — Quand au contraire il existait avant l'intervention, des lésions d'angiocholite, ou qu'en même temps qu'une cholécystotomie ou qu'une cholécystectomie, le chirurgien est amené à intervenir sur le cholédoque ou l'hépatique, la mortalité immédiate devient plus forte. Elle est due, dans ces cas, non à l'opération elle-même, mais à l'état antérieur du malade.

III. — Pour qu'une intervention sur la vésicule biliaire pour accidents lithiasiques ait des résultats éloignés favorables, que l'on ait pratiqué une cholécystostomie ou une cholécystectomie, il est indispensable qu'il ne reste plus aucun calcul dans les voies biliaires.

IV. — Si à la première intervention, il a été impossible d'enlever tous les calculs, une seconde opération peut devenir nécessaire. Elle consistera, suivant les cas, en une cholédochotomie, avec ou sans drainage de l'hépatique, ou en une cholécystectomie totale, si la vésicule n'avait pas été enlevée à la première opération.

V. — Dans le cas de cholécystite infectieuse, la cho-

lécystostomie donne des résultats satisfaisants ; cependant, l'ablation de la vésicule biliaire peut être indiquée dans certaines conditions ; cette opération est bénigne au point de vue mortalité immédiate, et donne de bons résultats éloignés.

VI. — La fistule biliaire qui s'établit à la suite d'une cholécystotomie ou d'une cholécystostomie, peut se fermer seule au bout d'un certain temps, ou bien doit être oblitérée chirurgicalement. Mais, dans certaines conditions, la suture ne suffit pas à amener l'oblitération définitive de l'orifice, en particulier lorsqu'il existe un obstacle au niveau du cholédoque. Dans ces conditions, il faut pratiquer une cholécystectomie avec cholédochotomie.

VII. — La cholécystectomie, dans le cas d'accidents lithiasiques, met seule à l'abri des récidives, à condition qu'il n'y ait plus de calculs dans le canal hépatique ou le cholédoque. Ses résultats immédiats et éloignés sont subordonnés à l'état de la cellule hépatique. Elle apparaît aujourd'hui, grâce aux procédés opératoires actuels, à la position en hyperextension du tronc, comme l'opération de choix dans la lithiase vésiculaire.

Vu : le Président de la thèse.
TERRIER

Vu : le Doyen,
DEBOVE

Vu et permis d'imprimer
Le Vice-Recteur de l'Académie
LIARD

BIBLIOGRAPHIE

Beaudouin. — Des opérations nouvelles sur les voies biliaires. *Progrès médical*, 1897, nos 23 et suivants.

Calot. — De la cholécystectomie. *Thèse de Paris*, 1890-1891.

Chauffard. — Article « Foie. » *In Traité de médecine* Bouchard-Brissaud.

Delagenière. — Technique des opérations sur les voies biliaires. *Revue de gynécologie et de chirurgie abdom.*, 1899, n° 1.

Faure. — *Traité de chirurgie* Le Dentu-Delbet.

Français. — *Thèse de Paris*, 1906.

Hartmann. — *Bulletin Société anatomique*, 1891.

— *Bulletin Société de chirurgie*, mai 1904.

Lancereaux. — Maladies du foie et du pancréas.

Lejars. — *Bulletin Société de chirurgie*, 1896-1907.

Longuet. — *Thèse de Paris*, 1896.

Milhet. — *Thèse de Paris*, 1902.

Pantaloni. — Chirurgie du foie et des voies biliaires.

Schwartz. — Chirurgie du foie et des voies biliaires.

Segond. — *Traité de chirurgie* Duplay-Reclus.

Terrier (et Auvray). — Chirurgie du foie et des voies biliaires.

Terrier. — *Bulletin Société de chirurgie*, 1905, page 1090; — 1906, page 211.

Tillaux. — *Traité de chirurgie clinique.*

Wiart. — Article « chirurgie biliaire », *in Pratique médico-chirurgicale.*

Mayenne, Imprimerie Ch. COLIN.

ÉVOLUTION

DE L'OS MAXILLAIRE INFÉRIEUR

DU MÊME AUTEUR

De la circulation veineuse dans le rein. *Bibliographie anatomique*, 1904.

Note sur l'aponévrose du grand dorsal. *Bibliographie anatomique*, 1904.

Note sur la distribution des veines dans le rein. *Comptes rendus des séances de la Société de biologie*, 1904, t. LVI, p. 677.

Note sur quelques anomalies de l'artère rénale. *Toulouse médical*, 31 décembre 1904.

EN COLLABORATION AVEC M. DIEULAFÉ

Rétrécissements du gros intestin dus à la constriction thoracique. *Toulouse médical*, 1904.

Chevreau ectromèle adapté à la station verticale. *Nature*, 30 juin 1906.

Développement de l'os maxillaire inférieur. *Journal de l'Anatomie et de la Physiologie*, mai-juin 1906, et *Archives de Stomatologie*, septembre 1906.

Les os mentonniers (ossicula mentalia). *Archives de Stomatologie*, novembre 1906.

L'apophyse angulaire du maxillaire inférieur. *Journal de l'Anatomie et de la Physiologie*, 1907.

Les accidents de la dent de sagesse. *Revue de Chirurgie*, 1907.

Histogenèse de l'os maxillaire inférieur. *Journal de l'Anatomie et de la Physiologie*, 1907.

Les alvéoles dentaires. *Archives de Stomatologie*, 1907.

346-07. — Coulommiers. Imp. Paul BRODARD. — 3-07.